# EIN BEITRAG ZUR KENNTNISS

DER

# LEBERSYPHILIS.

INAUGURAL-DISSERTATION

DER HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER UNIVERSITÄT ERLANGEN

IM JULI 1886

VORGELEGT

VON

**LOUIS PEISER**

AUS POSEN.

LEIPZIG

DRUCK VON AUGUST PRIES.

1886.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät zu Erlangen.

Referent: Prof. Dr. Strümpell.

Die frühesten Autoren über Syphilis betrachteten die Leber als den eigentlichen Sitz dieser Krankheit. So sprachen Hutten [1]), Fallopia [2]), Musa Brassavolus, A. Gallus, Montanus die Meinung aus, die Syphilis übertrage sich durch ein flüchtiges Contagium und befalle zunächst die Leber; von dieser komme dann eine Säfteverderbniss und dann die syphilitische Geschwürsbildung zu Stande. Cutaneus [3]), Alph. Ferro, Botalli dagegen behaupteten, dass die Erkrankung der Genitalien das Primäre sei, und dass von dieser aus allmälig sich eine Verderbniss der Säfte entwickle, die danach auch die Leber ergreife. Dieser Ansicht opponirt Borgarucius (1566) entschieden, auf Grund negativer Leichenbefunde.

Hinsichtlich der pathologisch-anatomischen Befunde, welche von späteren Autoren: Bonet [4]), Astruc, Baader, van Swieten, Portal [5]), als Beispiele syphilitischer Leberaffektion angeführt werden, ist die Berechtigung zu dieser Auffassung sehr fraglich.

Nach längerer Zeit erst fanden sich wieder Männer, die der pathologischen Anatomie der Lebersyphilis ihre Aufmerksamkeit widmeten; doch deuteten sie die durch die Syphilis hervorgerufenen Veränderungen zumeist unrichtig.

Oppolzer und Bochdalek sahen in ihnen geheilte Leberkrebse; Budd beschrieb sie als käsige Massen, eingeschlossen in Gallengänge, welche in Folge von Entzündung erweitert wären. Foucart fasste sie als syphilitische Lebertuberkel

---

1) De Guajaco. Cap. III. 2) Tractatus de morbo gallico Cap. 10—13. 3) Aloysius Lusinus de morbo Gallico Venetiis p. 151. 4) Sepulchret Lib. IV. Sec. 9. 5) Maladies du foie p. 353.

auf, andere betrachteten sie als geheilte Leberabscesse. Ricord [1]) verglich sie bereits mit Gummigeschwülsten.

Doch erst die Untersuchungen Dittrich's, [2]) der damals in Erlangen wirkte, bezeichnen den Anfang der Erkenntniss von der wahren Natur der syphilitischen Hepatitis. Er stellte die Grundzüge der Lebersyphilis fest. Seinen Beobachtungen am Erwachsenen folgen die Gubler's [3]) am Kinde.

Mehr und mehr hat sich seitdem unsere Kenntniss von dem betreffenden Processe vervollkommnet, Dank vor Allem den Forschungen Virchow's, der zuerst nachwies, dass die Syphilome Neubildungen sind. Ihm schlossen sich Biermer, Wagner, Frerichs an. Mit jedem Jahre wuchs die Zahl der Beobachtungen der Lebersyphilis. Ist ja doch die Leber gerade das Organ, welches unter den Eingeweiden am constantesten Sitz der syphilitischen Erkrankung ist. Bei der hereditären Syphilis kommt die Leberaffection so häufig vor, dass Rindfleisch die Frage aufwirft, ob nicht die Fälle von Lebercirrhose, welche bei Kindern von 10—15 Jahren angetroffen würden, auf hereditärer Syphilis beruhen könnten.

Die durch acquirirte Syphilis herbeigeführte Lebererkrankung tritt fast stets als Tertiäraffection auf, — gewöhnlich begleitet von Veränderungen an anderen Organen, welche ebenfalls von Processen des tertiären Stadiums herrühren.

In Nachstehendem will ich zunächst kurz die **pathologische Anatomie** der Lebersyphilis besprechen, beschränke

---

1) Clinique iconographe de l'hôpit. des Vénériens. 2) Prager Vierteljahrsschr. 1849 Bd. 1. 3) Gaz. médic. de Paris 1852 No. 17 und ibid. 1854.

Literatur: Budd, Diseases of the liver 2 ed. 1857. — Frerichs, Klinik der Leberkrankheiten. 1861 Bd. I S. 150. — C. Wagner, Das Syphilom der Leber (Arch. d. Heilk. V. p. 121. 1864). — Virchow, Arch. f. pathol. Anatomie. XV. S. 266. — Virchow, Die krankhaften Geschwülste. II S. 423. — Kahl, Beitrag zur Anatomie und Symptomatologie der Syph. Affect. der Leber. Leipzig. Dissert. 1869. — Bäumler, Syphilis. Handbuch der Spec. Path. u. Ther. herausg. v. Ziemssen Bd. III S. 177 ff. — Lancéreaux de l'hépatite syphilitique

mich aber dabei auf die syphilitische Erkrankung der Leber bei acquirirter Lues und übergehe diejenige der congenitalen.

Man trennt die syphilitischen Affectionen der Leber in 1) diffuse und 2) circumscripte oder gummöse.

Hepatitis diffusa ist nicht wesentlich verschieden von der gewöhnlichen Cirrhose und beruht, wie diese, auf einer Wucherung des interstitiellen Bindegewebes, — ausgehend namentlich von den Capillaren. Es entstehen durch Retraktion Einziehungen des Lebergewebes, wobei Verwachsungen mit den benachbarten Organen erfolgen; so namentlich mit dem Zwerchfell, seltener mit dem Colon und mit dem Magen. Auf dem Durchschnitte sieht man, dass von den narbigen Einziehungen Ausläufer ausgehen, die mehr oder weniger ausgedehnte Inseln von meist verändertem Lebergewebe umschliessen, — „ein dichtes, sehnenartiges Fasergewebe, das von der verdickten Capsula Glissonii mehr oder minder tief in die Drüsensubstanz eindringt.“ (Frerichs). Die Capsula Glissonii ist der Hauptsitz der Hepatitis syphilitica.

Die mikroskopische Untersuchung zeigt runde oder spindelförmige kleine Zellen, die an manchen Stellen atrophisch und fettig entartet erscheinen; diese durchsetzen das ganze Gerüst der Leber und lagern namentlich um die grossen Gefässe herum. Die Leberzellen schrumpfen zumeist ein oder werden, — mit Fetttröpfchen gefüllt —, voluminöser; die Capillarenwände entarten häufig amyloid.

---

1873. — Dr. Luc. Lacombe, Etude sur les Accidents hépatiques de la Syphilis chez l'Adulte. Paris 1874. — Thierfelder, Physikalisch-diagnostische Vorbemerkungen zu den Leberkrankheiten. Handb. der Spec. Pathol. und Therap. herausgegeben v. Ziemssen. Bd. VIII S. 198. — Verflassen, Beitrag zur Anatomie und Symptomatologie der syphilitischen Affect. der Leber. Inaug.-Dissert. Jena 1877. — Chvostek, Ueber syphilitische Hepatitis, Lebersyphilis. Vierteljahrsschr. für Dermatologie und Syphilis 8. 1881. p. 325. — Niemeyer, Lehrb. d. Spec. Path. u. Therap. 9. Aufl. 1874 p. 740. — Strümpell, Lehrb. d. Spec. Pathol. u. Therap. der inneren Krankheiten. Leipzig 2. Aufl. I. Bd. S. 749 ff.

Im Gegensatz zur diffusen Hepatitis ist die Hepatitis circumscripta oder gummosa die am meisten charakteristische und klinisch wichtigste Form.

Die convexe Leberoberfläche, namentlich die den Bändern, besonders dem ligamentum suspensorium, nahe gelegenen Abschnitte, ferner die Capsula Glissonii sind die Hauptstellen der syphilitischen Neubildungen.

Auch bei dieser Form ist die Leberoberfläche von Narbenfurchen und mehr oder weniger tiefen Depressionen („gelappte Leber") durchzogen. Durch Retraktion in Folge von Schmelzung oder Resorption der Gummata, oder Einlagerung von fettigen oder amyloiden Massen in das Parenchym, kommt es zur Vermehrung, oder, namentlich in den späteren Stadien der Krankheit, zur Verminderung des Volumens der Leber. Am Sitze des Gummaknotens finden sich zuweilen Verwachsungen mit den benachbarten Organen.

Die Knoten liegen nach Lancereaux meist tief, nur selten oberflächlich; nach Andern häufiger oberflächlich. Ihre Grösse ist verschieden. Wir finden Gummata von Hirsekorn-Grösse bis zu der eines Apfels, einzeln oder in Gruppen beisammen.

Die Gummata stimmen in ihrer Substanz überein mit denen, die wir im subcutanen Zellgewebe, unter dem Periost u. s. w., bei der constitutionellen Syphilis finden. Sie zeigen in ihrem Innern einen weisslichen oder gelblichen Kern aus weicherem Gewebe; letzteres ist von einer grauen, fibrösen, dem Narbengewebe sich ähnlich verhaltenden Hülle eingeschlossen und stellt fettige Entartung und molecularen Zerfall des Fasergewebes dar.

Von den die Lebersyphilis begleitenden Affectionen hebe ich noch das Obliteriren von Pfortaderzweigen hervor, welches in Folge des luetischen Schrumpfungsprocesses eintreten kann.

Aus Vorstehendem ersieht man, dass Veränderungen, die wir an der Leiche von Lebersyphilitikern beobachten

können, genügend vorhanden sind. Was dagegen Veränderungen, die wir im Leben der an Lebersyphilis Erkrankten bemerken könnten, betrifft, so macht ihre Deutung häufig nicht geringe Schwierigkeiten. Und oft erzeugt die syphilitische Hepatitis entweder gar keine oder nur so unbedeutende Erscheinungen während des Lebens, dass man das Leiden gar nicht vermuthet, — selbst in Fällen, wo die Section tiefe Narben und zahlreiche Gummata nachweist.

Die klinische Diagnose ist daher noch immer so erschwert, wie früher.

Die vorliegende Arbeit nun soll sich namentlich mit den Symptomen der syphilitischen Leberaffectionen beschäftigen und den Versuch machen, die am meisten charakteristischen Krankheitserscheinungen zu einer Gruppe zu vereinigen, um so ein möglichst klares Krankheitsbild festzustellen.

Veranlassung zu diesem Versuche bot folgender **Fall**, der an der Erlanger Universitäts-Klinik beobachtet wurde; die Krankheitsgeschichte ist mir durch die Güte des Herrn Prof. Dr. Strümpell zur Verfügung gestellt worden.

Ludwig Z. aus Erlangen, 50 Jahre alt, Kaufmann, wurde am 19. Febr. 1886 in das Erlanger Universitäts-Krankenhaus aufgenommen. Er giebt an, seine erste Krankheit im Alter von 28 Jahren gehabt zu haben, er habe damals 4 Wochen im hiesigen Spital gelegen.

Eine frühere Krankengeschichte ist nicht mehr vorhanden, doch giebt Pat. selbst an, er habe damals ein Magenleiden gehabt, aus dem sich Wassersucht, Brustentzündung, Leber- und Milzleiden entwickelt habe. Er habe damals 17 russische Dampfbäder bekommen, habe dabei ca. 50 Pfund abgenommen und sei nach dieser Behandlung völlig gesund geworden.

Seit 2 Jahren ist Pat. wieder krank, doch hat er trotzdem bis jetzt seinem Berufe stets nachgehen können. Die Krankheit bestand hauptsächlich im Auftreten von „kaltem

und warmem Fieber". Als die Krankheit vor 2 Jahren begann, habe sich kurz vorher der Fussschweiss verloren, und bringt Pat. diesen Umstand mit dem Auftreten der Krankheit in Zusammenhang. Das Fieber besteht seit 2 Jahren fast fortwährend, nur in den Monaten August und September vorigen Jahres war es, nachdem Pat. von einem Arzte Chinin erhalten, verschwunden. Seit October vorigen Jahres ist es wieder aufgetreten. Es stellt sich in der Regel täglich ein, zuweilen auch 1 Tag aussetzend, beginnt mit Frost, der ca. 1 Stunde dauert, worauf Hitze folgt, und zwar trockene Hitze. Pat. schwitzt nicht. Auf Befragen giebt Pat. an, früher niemals, weder bei seiner ersten Aufnahme im Spital, noch bei seinen Reisen in Ungarn, Russland u. s. w. an Wechselfieber gelitten zu haben.

Kopfschmerz und Schwindel hat Pat. nicht. Von Seiten des Magens keine krankhaften Symptome vorhanden; auch der Stuhlgang ist regelmässig.

Husten mit schleimigem Auswurf seit ca. 2 Jahren vorhanden; keine Athembeschwerden; kein Herzklopfen; das Abdomen hat in letzter Zeit an Umfang abgenommen; Patient ist in den letzten 2 Jahren überhaupt magerer geworden. Schmerzen im Leibe hat Pat. nicht.

Pat. giebt zu, dass er in jüngeren Jahren stark dem Alkoholgenusse ergeben gewesen sei.

Der Vater des Kranken ist im Alter von 32 Jahren an Schlagfluss gestorben, sonst hereditär nichts erwähnenswerth.

**Status praesens.** 19. Febr. 1886. Pat. ziemlich gross; Knochenbau gracil, zeigt keine Unregelmässigkeit; Muskulatur ziemlich schlecht entwickelt, schlaff; panniculus adiposus recht spärlich. Die Haut zeigt keinerlei Ausschläge, ihre Farbe ist graugelblich, jedenfalls, ebenso wie die sichtbaren Schleimhäute, blässer als normal. Die conjunctiva sclerae beiderseits zeigt deutliche — wenn auch nur ganz spärlich und mehr disseminirt, nicht diffus — gelbliche

Stellen: ist also nicht sowohl icterisch, sondern zeigt nur Fettablagerungen, welche in Folge der bestehenden Anämie deutlicher als sonst sichtbar geworden sind. Nirgends am Körper besteht ein Oedem.

Der Eindruck, den Pat. macht, ist durchaus nicht der eines Schwerkranken, jedoch wegen des echt cachektischen Gesichtsausdruckes ein leidender zu nennen.

Lungen: Die unteren Partien im Verhältniss zu den oberen etwas stärker ausgedehnt. Die Athmung etwas beschleunigt (28). Ueber der Lungenspitze keine deutliche Differenz (die R. Spitze schallt hinten vielleicht eine Spur kürzer). Lungengrenzen in normaler Höhe, gut verschieblich, nirgends Dämpfung. Auscultation ergiebt über den Spitzen völlig reines vesiculäres Athmen; auch sonst normal, nur in den äussersten Partien beiderseits mit spärlichem, feinem Rasseln vermischt. Husten und Auswurf sehr spärlich; letzterer ganz schaumig.

Herz: Dämpfung in den normalen Grenzen, Action etwas beschleunigt (100), ganz regelmässig, Töne rein, etwas leiser, Puls ziemlich klein.

Abdomen: Besonders im Vergleich zu den sonstigen körperlichen Verhältnissen sehr stark vorgewölbt. — Umfang in Nabelhöhe 86 Cm.; ziemlich weich anzufühlen; kein deutlicher Ascites nachweisbar. Die palpirende Hand fühlt nach L. von der linea alba den harten Rand eines bis zur Mitte zwischen Nabel und Symphyse reichenden Tumors, der sich nach oben in das linke Hypochondrium hinein, bis unter den Rippenbogen verschwindend, verfolgen lässt. In der Mitte des nach R. gelegenen Randes fühlt man eine deutliche, etwa 2 Cm. tiefe Einkerbung. Der übrige Rand ist glatt und ziemlich scharf. Bei leiser Perkussion geht die Dämpfung, die der Tumor verursacht, über in die Milzdämpfung. Nach O. lässt sich die Geschwulst verfolgen bis zur Mitte zwischen Nabel und proc. xiphoideus. Von dort aus zieht sich nach R. herüber, etwa parallel

dem Rippenbogen, ein anderer nicht so deutlich abzutastender Tumor, dessen Consistenz etwas weicher, dessen Rand, etwa 4 Querfinger breit den Rippenrand überragend, so weit sich fühlen lässt, völlig glatt ist. Die Dämpfung dieses Tumors geht über in die normale Leberdämpfung. Letztere beginnt am unteren Rande der 5. Rippe in der Sternallinie, am untern Rande der 7. Rippe in der Axillarlinie.

Die untere Lungengrenze in der Scapularlinie befindet sich zwischen der 9. und 10. Rippe.

Von dem Ende des proc. xiphoideus bis zum tiefsten Punkt des Milztumors sind: 24 Cm. Von eben da bis zum tiefsten Punkt des Lebertumors sind ca. 16 cm. Letzteres ist nicht so genau zu bestimmen, weil der Tumor nicht so gut abtastbar ist.

Von Seiten des Nervensystems völlig negativer Befund — kein Tremor alcoholicus.

Harn: Menge und specifisches Gewicht normal; enthält weder Eiweiss noch Zucker, zeigt völlig weissen Schaum und keine Reaktion auf verschiedene Gallenfarbstoffproben.

Stuhl in jeder Weise normal, speziell normal gefärbt.

**Weiterer Krankheitsverlauf.** Die Temperatur zeigte in den ersten Wochen meist abendliche, zuweilen auch spätere, nächtliche Steigerungen, gewöhnlich mit Frostgefühl einhergehend, bis zu 38,8 als Maximum.

Bis zum 17 III wurde täglich Chinin sulf. 1,0 später 1,5 zuletzt 2,0 pro die gereicht, ohne ständiges Ausbleiben der Temperatursteigerung zu erzielen. Am 22 III letzte abendliche Steigerung auf 38,7, von da ab stets normal.

Die Pulsfrequenz betrug meist ca. 80 in der Minute, einige Male 64 und 100—104. Der Puls selbst nur in den letzten Tagen unregelmässig, immer ziemlich kräftig, abgesehen von mehrmaligem Kleinerwerden zu der Zeit, wo der Ascites sich bemerkbar machte oder wieder angestiegen war. Am Herzen in der ganzen Zeit nichts Besonderes aufgetreten, bis am 30. IV ein ziemlich stark blasendes

systolisches Geräusch zum ersten Male an der pulmonalis gehört wurde. Dasselbe wurde als accessorisches resp. anämisches Geräusch aufgefasst und dauerte einige Zeit, um später wieder zu verschwinden.

Respiration: fast stets 24 Athemzüge in der Minute. Die Athmung war in der letzten Zeit bei dem beträchtlichen Ascites etwas mühsam.

Lungen: Der geringe im Status notirte Catarrh (Husten, Auswurf, Rasselgeräusche) am 27. II verschwunden; am 4. V. stehen die Lungengrenzen in Folge des Ascites hinten beiderseits am 9. Brustwirbel; in unteren Partien einige Rhonchi und etwas Compressionsknistern.

Die Blutuntersuchung, welche vielfach, auch mit dem Blutkörperchenzählapparat, vorgenommen ist, — weil auch einmal an Pseudoleucaemia e cachexia malar. gedacht wurde, — ergab fast constant eine geringere Menge der rothen Blutkörperchen, sowie eine unverhältnissmässig geringe Anzahl farbloser Blutkörperchen.

Die Harnmenge war anfangs in der Regel normal, vom 20. III ab wurde sie trotz gereichter diuretica geringer und betrug in den letzten Wochen selten mehr wie 300 ccm pro die. Das Spec. Gewicht war anfangs 1017, später bei der geringeren Diurese 1025. Eiweiss wurde nie gefunden, ebenso wenig Zucker; Gallenfarbstoffe konnten gleichfalls nie nachgewiesen werden. In den letzten Tagen, wo der Icterus eigentlich erst deutlich geworden, konnte eine Probe nicht mehr angestellt werden, da Pat. alles unter sich gehen liess.

Stuhl war täglich vorhanden, meist etwas diarrhoisch, niemals blutig.

Am Nervensystem sind in der ganzen Zeit keinerlei Veränderungen eingetreten.

Körpergewicht: Bei der Aufnahme am 19. II: 115,4 Pfd.; am 25. II: 111,4; am 4. III: 107; am 11. III: 108 Pfd.; am 18. III: 108,2; am 25. III: 117 (Ascites); am 1. IV: 111 (nach Digitalis); am 8. IV: 111; am 16. IV: 104,6; 22. IV:

107; 29. IV: 116,2 (Ascites); 20. V: 116 1/5 (nach der Punktion, — vor derselben konnte Patient wegen des schlechten Allgemeinbefindens nicht gewogen werden).

**Abdomen; Leber; Milz.** Ueber die diesbezüglichen Verhältnisse finden wir in der Krankengeschichte folgende Notizen:

1. III. 1886. Umfang des Abdomen in Nabelhöhe gemessen 85 ctm.

25. III. Es ist eine stärkere Spannung des bisher weichen Leibes eingetreten und beiderseits im Abdomen seitlich handbreithohe bei Lagewechsel sich entsprechend verschiebende Dämpfung zu constatiren (Ascites). Subjectiv giebt Pat. an, Druck und Völlegefühl im Leib, sowie Athemnoth zu empfinden. Digitalismedication: 8 Dosen Pulver à 0,1. Am 26. III: 4 Pulver Digitalis à 0,1. Am 27. III ebenso. Gegen Abend war Uebelkeit und Erbrechen aufgetreten. Desshalb wird Digitalis, von dem im Ganzen 1,6 gegeben war, ausgesetzt.

29. III. 86. Der Leib wieder ganz weich, kein deutlicher Ascites mehr nachzuweisen.

6. IV. 86. Der Leib ist wieder von stärkerem Umfange (90 cm), deutlich flach, sodass zu beiden Seiten zwischen Rippenbogen und Darmbeinschaufel sichtbare Wülste hervortreten, welche sich, bis zur vorderen Axillarlinie herauf, gedämpft erweisen. Es besteht deutliche Undulation im Abdomen, die Palpation ist in den unteren Partien gar nicht, im Epigastrium und über den Tumoren etwas schmerzhaft. Eine Veränderung bezüglich Form und Grösse der Tumoren liess sich bisher nicht nachweisen.

Während bislang Hautödeme nicht bestanden haben, ist nunmehr auch beträchtliches Oedem des Scrotums, sowie geringeres an beiden unteren Extremitäten aufgetreten. An der Haut des Abdomens, welche stark gespannt ist, deutliches Oedem nicht nachweisbar, am Oberkörper keine Spur davon. Wiederum Digitalis verordnet: Am 6. IV. 86: 8 Pulver

à 0,1, am 7. IV : 7 Pulver, am 8. IV : 2. Danach wegen beginnender Uebelkeit ausgesetzt. Die Diurese gebessert (zur Wirkung des Digit. vgl. Gewichtsabnahme 8. IV bis 16. IV 111 : 104,6). Am 21. IV. 86 Abdomen sehr weich und schlaff, der Milztumor noch sehr deutlich, — ganz so wie oben. Der Leberrand noch weniger deutlich zu fühlen, wie früher, perkutorisch nur noch etwa 3 Querfinger breit den Rippenbogen überragend (im Status praesens 4). 30. IV. 86 : Die Oedeme, von denen sub

6. IV berichtet ist, sind inzwischen fast völlig zurückgegangen und nur noch am Scrotum angedeutet. Der Leib wieder stark gespannt und stärker vorgewölbt, Circumferenz in Nabelhöhe 93 cm. Ascites bis zur vorderen Axillarlinie nachweisbar (cf. Zunahme des Körpergewichts).

4. V. 86 : Patient beklagt sich über Athemnoth. Die Spannung des Leibes hat zugenommen. Circumferenz 100 cm. Deutliche Undulation. Die Milz nicht mehr deutlich palpabel wegen der starken Spannung, noch weniger die Leber. Die Milz scheint aber auch perkutorisch nicht mehr in der ursprünglichen Grösse nachweisbar.

7. V. 86. Status aufgenommen in der Klinik: Thorax normal lang, in den oberen Partien ziemlich schmal, während die unteren Abschnitte in Folge der starken Ausdehnung des Leibes beiderseits enorm nach aussen ausgedehnt sind. Vordere Thoraxwand sehr stark gewölbt, beiderseits symmetrisch. Percussion ergiebt rechts einen hellen, nicht tympanitischen, Schall bis zum obern Rand der IV. Rippe, dann Dämpfung. L. beginnt die H. D. am obern Rand der III. Rippe (beiderseits vesiculäres Athmen), nach L. beinahe bis zur Mamillarlinie reichend; nach R. bis zum L. Sternalrand. Sp. St. im III Intercostalraum, etwas nach Innen von der Mamillarlinie. Abdomen stark aufgetrieben. Umfang desselben 96 cm. Auftreibung gleichmässig, besonders stark auch in den untern Partien und im Epigastrium. Die Haut ist glatt, ein wenig glänzend, und von blasser Farbe. Aufgetriebene Venen in der Haut nicht sichtbar.

Der Nabel ist verstrichen und ein wenig vorgetrieben. Striae in den untern Partien nicht sichtbar. Bei der Palpation des Abdomen fühlt man, abgesehen von der vergrösserten Milz, keine vermehrte Resistenz; Bauchdecken sehr deutlich gespannt. Namentlich unten und an den Seiten deutliches Fluktuationsgefühl.

Die Percussion ergiebt im Epigastrium und nach abwärts handbreit über dem Nabel nach R. und L. bis zur Mamillarlinie tympanitischen Schall, während alle übrigen Theile des Abdomen gedämpft sind. Bei Lagewechsel die entsprechenden Aenderungen der Percussion.

12. V. 86. Milz nicht mehr gut zu palpiren. Die anfangs beschriebene Einkerbung des inneren Randes ist jetzt zweifellos höher oben zu fühlen, — um ca. 2 Querfinger breit. Auch die Dämpfung der vergrösserten Leber nicht mehr so weit, wie ursprünglich, den Rippenrand überragend.

18. V. 86. Wegen andauernder Spannung wird punktirt und eine Menge von 7500 cbcm. hämorrhagischer Flüssigkeit entleert. Der Leib fällt zusammen. Die Milz, wieder deutlich fühlbar, überragt den l. Rippenbogen um 2—3 Querfinger breit. Leberdämpfung, auch unmittelbar nach der Punktion, nicht vergrössert. Palpation wegen der grossen Schmerzhaftigkeit fast unmöglich.

19. V. 86. Pat. fühlt sich heute, wenn auch sehr matt, doch sehr erleichtert. Das Gefühl der Spannung und Bedrückung, die Athemnoth sind verschwunden. Es lässt sich, auch nachdem Morphin gegeben, wegen der intensiven Schmerzhaftigkeit über die Gestalt der Leber nichts eruiren. Dämpfung derselben den Rippenrand nicht überragend. Der Leib fühlt sich im Ganzen auf Druck ziemlich teigig an.

25. V. 86. Der Ascites hat langsam wieder zugenommen und es ist jetzt wieder handbreithohe, bei Lagewechsel verschiebliche Dämpfung beiderseits im Abdomen nachweisbar. Es besteht auch wieder eine Spannung der Bauchdecken. Keine Hautödeme mehr.

Die Haut, sowie die conjunctiva sclerae ist nunmehr deutlich gelb (schwach ikterisch), gefärbt.

27. V. 86. Der Ascites und die Spannung des Leibes hat noch mehr zugenommen. Es ist wieder Athemnoth aufgetreten. Pat. ist äusserst schwach geworden, nimmt nichts mehr zu sich. Allgemeiner Marasmus. Unter zunehmender Benommenheit: exitus letalis — Vormittags.

Ordination: Wie schon erwähnt, bekam Pat. anfangs längere Zeit Chinin; später Arsen in der Form der Solut. Fowleri und der Pilul. Asiaticae. Inzwischen zwei Mal Digitalis, später Diuretica und zum Schluss Morphin.

NB. Die Anamnese enthält leider keine Angabe, ob Pat. bezüglich luetischer Infection befragt, bez. dieselbe zugestanden habe.

Die klinische Diagnose lautete: Stauung im Pfortaderkreislauf; Milzstauungstumor; hämorrhagischer Ascites.

Am 27. Mai 1886 wurde die **Autopsie** vorgenommen:

### Aeussere Besichtigung.

Körper mittelgross, von schlechtem Ernährungszustand; Todtenstarre theilweise gelöst. Haut von schmutziggelblichem Colorit, auf dem Rücken und der Adductorenseite der Oberschenkel diffuse Todtenflecke. Unterhautzellgewebe fettarm. Musculatur mässig entwickelt, anämisch.

### Innere Besichtigung.

Nach Eröffnung des Thorax retrahirt sich die linke Lunge in ziemlicher Ausdehnung, die rechte nur sehr wenig. Der Herzbeutel liegt etwa in der Grösse eines Handtellers frei. Beide Pleurahöhlen sind leer. Die rechte Lunge ist am grössten Theil der seitlichen Fläche, sowie hauptsächlich an der Spitze durch theilweise ziemlich feste Adhäsionen mit der pleura costalis verwachsen. l. L. Oberlappen allenthalben lufthaltig. Die Oberfläche leicht bucklig; besonders die Ränder feinzellig emphysematös gedunsen. Der Lappen

fühlt sich in allen seinen Theilen flaumig an, beim Durchschneiden knisternd.

Das Parenchym mässig blutreich, grauroth gefärbt, an der Spitze schieferig indurirt. Bei Druck entleert sich auf die Schnittfläche eine geringe Menge blutig tingirter, schaumiger Flüssigkeit. U. L. zeigt im Wesentlichen das gleiche Verhalten wie der O. L., nur in den unteren Partien ist er blutreicher.

R. Lunge O. L. An der Spitze finden sich einige narbige Einziehungen, sowie Kalkconcremente. Die pleura pulmonalis ist entsprechend der oben beschriebenen fibrösen Adhäsion bedeckt mit einer fibrösen Pseudomembran. Die unteren Partien des Lappens, sowie der rechte Mittellappen zeigen das gleiche Verhalten, wie die l. Lunge.

U. L. ist überall lufthaltig. Pleura pulmonalis bedeckt mit fibröser Pseudomembran. Die Ränder emphysematös gedunsen; besonders die unteren Theile des Lappens ziemlich blutreich, dunkelroth gefärbt, aber lufthaltig. Auf die Schnittfläche ergiesst sich eine beträchtliche Menge schaumiger Flüssigkeit.

Herz. Herzbeutel enthält eine geringe Menge klaren Serums. Musculatur schlaff, sonst normal. Epicardium mässig fettreich, Gefässe ziemlich geschlängelt.

Musculatur des rechten und linken Ventrikels normal dick, Klappenapparat des rechten Ventrikels normal. Im Aortenzipfel der mitralis eine leichte, diffuse, schnige Verdickung. Intima der Aorta am sinus Valsalvae mit leichten Erhabenheiten. Ursprung der grossen Gefässe normal.

Kehlkopf, Trachea, Oesophagus: normal.

Abdomen: sehr stark vorgewölbt; Musculatur gut entwickelt. Bei der Eröffnung der Abdominalhöhle entleert sich eine ganz colossale Menge blutiger Flüssigkeit aus derselben. Die Lagerung der Eingeweide zeigt sich normal. Das Colon ascendens, sowie der processus vermiformis durch strangförmige Brücken mit dem Netz verwachsen.

Leber. Der seröse Ueberzug der Leber zeigt besonders

über dem r. Leberlappen ganz diffuse schnige Trübungen. Die Oberfläche der Leber ist ganz uneben, bucklig, mit mehreren narbigen Einziehungen versehen, die sich ziemlich tief, besonders an einer Stelle in das Parenchym hineinerstrecken. Die buckligen Erhabenheiten über die Leberoberfläche scheinen durch die serosa gelblich durch, sind ganz circumscript.

Auf der Schnittfläche zeigen sich die Tumoren gelblich weiss, die Schnittfläche ist glatt. Ihre Grösse ist sehr verschieden, stecknadelkopfgross bis wallnussgross. Besonders zahlreich mit Tumoren von der geschilderten Beschaffenheit ist der lob. Spiegelii versehen.

Die Schnittfläche der Leber an einigen Stellen leicht uneben, das Parenchym knirscht beim Einschneiden. Die Lappenzeichnung durch Bindegewebswucherung deutlich erkennbar.

Die Pfortader nirgends stenosirt, ganz normal.

Gallenblase normal.

Milz ziemlich gross (15,7), Kapsel runzelig, bedeckt mit festhaftender fibröser Schwarte. Pulpa ziemlich reichlich rothbraun. Die Trabeculae der Milz deutlich hervortretend.

R. und L. Niere, Pankreas, Dünn- und Dickdarm im Wesentlichen normal.

Penis: am frenulum eine deutliche Narbe.

Die Leichendiagnose lautet:

Residuen von Pleuritis rechts; Spitzenschwielen rechts, Emphysema, Oedema pulmonum. Hochgradige Lebersyphilis (Gummabildung) Lebercirrhose. Residuen von Perihepatitis und Perisplenitis.

Chronischer Milztumor (Stauung und Hyperplasie).

Narbe am Penis.

## Epikrise:

Die in der Anamnese geschilderten Beschwerden, welche den Pat. veranlassten, die ärztliche Hülfe der Klinik in Anspruch zu nehmen — die anfangs vorhandene mit Frost-

gefühl einhergehende Fiebersteigerung, das kachektische Aussehen, sowie der in den Vordergrund tretende enorme Milztumor „bis zur Mitte zwischen Nabel und Symphyse reichend“ konnten wohl zunächst den Gedanken an eine (Leukaemie war durch das oben angegebene Ergebniss der Blutuntersuchung ausgeschlossen) chronische Malariakachexie auftreten lassen, — wobei ja auch Lebertumoren vorkommen können. Um so näher war dies wohl gelegen, als auch schon die Diagnose des alten Krankenjournals febris intermittens zur Erklärung des tumor lienis in Betracht zog. Zu der Annahme einer andern primären Milzaffection war eine Veranlassung nicht geboten. Als jedoch später Ascites aufgetreten war, musste es näher liegen, die Erkrankung der Leber als das Primäre anzusehen. Es konnte da Verschiedenes in Betracht kommen. Die Amyloidleber musste ausgeschlossen werden, da man bei dem — der Grösse der Tumoren nach zu schliessen — hochgradigen Process in Leber und Milz, Amyloiderkrankung der Nieren nicht vermissen dürfte, während in unserem Falle niemals Albuminurie bestanden hat. Mit der Annahme einer Fettleber würde sich das Vorhandensein des grossen Milztumors nicht vereinigen lassen. Für die Diagnose Carcinoma hepatis lassen sich gleichfalls Anhaltspunkte nicht finden. Wenn man annimmt, dass die schon im Alter von 28 Jahren constatirte Leberaffektion mit dem jetzigen Leiden in Zusammenhang steht, so wäre dadurch eine so lange Dauer des Verlaufes gegeben, wie sie für ein Carcinom undenkbar wäre. Für Echinococcus der Leber sprach im physikalischen Befunde gar nichts.

Am schwierigsten war der vorliegende Fall bezüglich der Annahme oder Ablehnung der Diagnose Lebercirrhose zu deuten. In erster Linie käme die abnorm lange Dauer des Verlaufs in Betracht. Diesbezüglich sagt Strümpell S. 734 Bd. I.: „dass in den früheren Stadien der Krankheit ein Stillstand, oder eine dauernde Heilung vorkommt, ist vielleicht möglich, kann aber nicht sicher bewiesen werden.“ Man kann

aber, nachdem die Annahme eines so lange dauernden Stillstandes an sich so unwahrscheinlich hingestellt wird, dieselbe in unserm Falle völlig ausschliessen, weil es sich bei dem damals 28jährigen Z. doch wohl kaum um ein „früheres Stadium“ gehandelt haben könnte, — denn, wenn die damalige Affection schon zu tumor lienis und Hydrops geführt hat, so war sie gewiss schon ziemlich weit vorgeschritten. Ausserdem wäre eine so hochgradige Lebercirrhose in dem frühen Alter von 28 Jahren selbst bei dem, zugestandenermassen, reichlichen Alkoholgenusse („gefröhnt“) jedenfalls eine sehr auffallende Erscheinung.

An eine zu Grunde liegende syphilitische Affection wurde, wie mir berichtet wird, allerdings auch schon während des Lebens gedacht; da jedoch jede andere syphilitische Begleiterscheinung fehlte, da ferner die zwar leicht abgrenzbare, aber doch sonst ziemlich schwer palpable Leber keinen festen Anhaltspunkt gab, so konnte die Diagnose in diesem Falle nicht sicher gestellt werden, sondern musste sich auf die allgemeine Annahme beschränken, dass es sich jedenfalls um eine Stauung im Pfortaderkreislaufe handele.

Es wurde (wegen des langen Verlaufes) an die Möglichkeit einer alten, die Pfortader strikturirenden Narbe, an eine alte Thrombose u. s. w. der Pfortader gedacht, das diese Zustände herbeiführende ursächliche Moment jedoch nicht näher bezeichnet — aus Mangel an zu verwerthenden Thatsachen. Die übrigen Erscheinungen waren damit sämmtlich erklärt: 1. der Milztumor als Stauungserscheinung, allerdings in einem selten hohen Grade. Das Kleinerwerden des Milztumors nach der Punktion des Ascites stellte dessen Natur als Stauungsmilz ausser allen Zweifel. Ebenso 2: der Ascites, dessen ganz zum Schluss erkannte hämorrhagische Beschaffenheit allerdings wieder für irgend eine Peritonealaffection (tuberkulöser oder krebsiger Natur) zu sprechen schien; obwohl bei dem allgemeinen Marasmus des Kranken in der letzten Zeit seines Lebens die hämorrhagische Be-

schaffenheit des Exsudats auch durch eine Veränderung in den Gefässwänden erklärt werden konnte.

Es erübrigt uns noch, einige Worte über den Befund an der Leiche beizufügen. Die Ursache der Stauung im Pfortaderkreislauf war durch die hochgradige Lebercirrhose und die tiefgreifenden Narben gegeben. Mit diesen Narben dürfte uns wohl der erste Process im Jahre 1865 erklärt sein, indem wir dieselben als Residuen einer damals zur Heilung gekommenen Hepatitis syphilitica auffassen können. Denn es ist wohl nicht denkbar, dass der Process, damals beginnend, 20 Jahre fortbestanden hätte. Es wäre gewiss viel früher zu weiteren Complicationen und zum letalen Ausgange gekommen. Demnach werden wir wohl die als Gumma beschriebenen Veränderungen der Leber als neuerdings aufgetretenen Process, der dasselbe Organ zum 2ten Male betroffen, zu betrachten haben.

Und es ist dies durchaus keine alleinstehende Erscheinung, da ja die Recidive bei der Syphilis eine sehr wichtige Rolle spielen. Es ist ja bekannt, dass sich z. B. auf der Haut alle 3 Stadien der Syphilis etabliren können. (Primäraffect-Roseola und andere Syphilide, Condylome-Gummata und Rupia).

Bezüglich der Hirnsyphilis sagt Eichhorst: „Recidive der Krankheit, Wechsel der Erscheinungen bei den Recidiven bei den jedesmaligen Anfällen sind Regel."

Fassen wir die Ergebnisse unserer Untersuchung noch einmal kurz zusammen, so ergiebt sich Folgendes:

Fall 1. Mann, 50 Jahre alt. Vor 28 Jahren Milztumor, Hydrops. Potator.

Seit 2 Jahren krank. Erstes Symptom: Fiebererscheinung — später Schmerz.

Aufnahme 19. Februar 86. Cachektisch. Hautfarbe graulichgelb — nicht ikterisch, Abdomen stark vorgewölbt, kein deutlicher Ascites. Lebertumor — Rand glatt, scharf bis auf eine Einkerbung in der Mitte. Milztumor. Beider Oberfläche leicht höckerig. Tumoren schwer abtastbar. Von

da an bis zum letalen Ausgang: Harn mehr und mehr vermindert, nie Eiweiss oder Zucker, keine Gallenfarbstoffe. Stuhl diarrhoisch. Abdomen: stärkere Spannung. Haut glatt, glänzend. Fluktuationsgefühl. Ascites. Athemnoth. Druck- und Völlegefühl. Hautödeme. Punktion: hämorrhagische Flüssigkeit entleert. Trotzdem zunehmender Ascites. Schwacher Ikterus. Allgemeiner Marasmus. 27.V. Tod. Luetische Infection nicht erwähnt.

Diagnose: Stauung im Pfortaderkreislaufe. Milzstauungstumor, hämorrhagischer Ascites.

Sectionsdiagnose: hochgradige Lebersyphilis, (Gummabildung); Residuen von Perihepatitis und Perisplenitis; Chron. Milztumor (Stauung und Hyperplasie). Narbe am Penis.

Um eine Vergleichung unserer Krankengeschichte mit den übrigen uns bekannt gewordenen Beobachtungen zu ermöglichen, stellen wir im Folgenden die von uns herangezogenen Fälle kurz zusammen, wobei wir die entsprechenden Punkte hervorheben werden.

Fall 2 [1]). Mann 45 J. Im J. 1854 Ulcus am frenulum, vereiternde Bubonen, nach 10 Jahren Knochenschmerzen, nach 12 Jahren fixer Schmerz in der Lebergegend, der in den nächsten 2 Jahren zunimmt (1868). Appetitlosigkeit. Stuhlverhärtung. Leichter Ikterus. Fieber. Kopfschmerz. Status: fettarm. Haut leicht ikterisch. Sclerotica gelb. Periostitis des Sternum. Narben in der Inguinalgegend.

Leberrand 2 Finger breit hervorragend, verdickt. Unterhalb des Bogens in der Papillarlinie grosse knotige Erhabenheit.

Behandlung: Jodkalium innerlich; örtlich: Jodtinktur, Merkurialsalbe. Dampfbäder. Nach 2 Monaten Ikterus verschwunden, Leber normal, Verdauung vortrefflich. Periostitis sterni verliert sich.

1) Syphilis der Leber; Ikterus von Vecchi (Giorn. ital. d. mal. veneree e el pelle 2. 1869.

NB. Carcinom war auszuschliessen wegen des nicht carcinomatösen Aussehens des Pat., sowie wegen der Kleinheit der Geschwulst nach so langer Dauer. Für Syphilis sprach die Aufeinanderfolge der Syphiliserscheinungen. Verf. findet in dem ganzen Verlaufe eine Bestätigung seiner Diagnose auf ein äusseres Gumma der Leber, nach dessen Aufsaugung die Gesundheit wiederkehrt.

Fall 3 [1]). Frau 49 J. kommt wegen rechtsseitiger croupöser Pneumonie in das Spital. Insufficienz der Mitralklappen. 2 Geschwülste in der Bauchhöhle; eine unter dem rechten Hypochondrium beginnend, erstreckt sich bis in die untere Bauchgegend, die zweite steht, nach oben und einwärts liegend, mit der ersten nicht in Zusammenhang. Beide Tumoren mässig hart, schmerzlos, verschiebbar, geben einen gedämpften Schall, sind durch hellen, tympanitischen Schall von einander getrennt.

Die Natur der Tumoren erst bei der Sektion bekannt, — man war geneigt, sie während des Lebens für Kothgeschwülste zu halten. Die Sektion ergab, dass in Folge von Hepatitis gummosa eine grosse Partie der Leber abgeschnürt war, welche mit derselben nur durch einen langen, schmalen Verbindungstheil zusammenhing. — Ausser einigen Narben an der hintern Commissur der Genitalien fand sich nirgends eine Spur von Syphilis.

Fall 4 [2]). Hepatitis syphilitica mit Atrophia acutissima.

Frau 22 J. Vaginitis, Geschwüre an der Wangenschleimhaut und der Zunge.

Leichter Ikterus; keine Verdauungsstörung. Schmerz in der Lebergegend, ohne Vergrösserung des Organs.

3 Monate später: Die syphilitischen Symptome geheilt. Leber vergrössert um ca. 2 Querfinger in jedem Durchmesser. Schwäche. Ohnmacht. Starker Ikterus. Vergrösserung der Leber nimmt zu. Diarrhoe. Nervenstörung. Hyper-

1) Dr. Riegel, Beitrag zur Casuistik der Missbildungen der Leber. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. XI 1 p. 113. 1872. 2) Picot, (Journ. de l'Anat. et de la Physiolog. VIII. 3 p. 246. 1872.)

ästhesie der gesammten Hautoberfläche. Erweiterung der Pupillen. Unbeweglichkeit der Iris, hochgradige Amblyopie; Störung der Intelligenz. Delirien. Angstzustände. Coma (12 Std.). Leber verkleinert sich schnell ausserordentlich. Schwärzliches übelriechendes Erbrechen. Tod.

Sektion: Ikterus. Leber klein, auffällig derb; rothe, gelbe, rothgelbe Partien mit einander abwechselnd. Milz leicht geschwellt.

Merkwürdig im vorliegenden Falle ist die auffallend schnelle Retraktion des neugebildeten Bindegewebes. Unwillkürlich denkt man bei der Schnelligkeit, mit welcher die Verkleinerung der Leber vor sich ging, an akute gelbe Atrophie; aber dennoch und trotz des nebenhergehenden Ikterus und der Nervensymptome rechnet Picot diesen Fall nicht zu gelber Leberatrophie und zwar wegen der auffallenden Derbheit der Drüse.

Fall 5[1]). Frau 26 J. wurde im März 1873 an einem Geschwür an der rechten grossen Schamlippe behandelt, vom August an traten Erscheinungen von chronischer Pneumonie und akuter Tuberkulose auf. Tod am 28. Okt.

Bei der Sektion fand man ein wallnussgrosses, im Innern gelblichgraues Gumma im rechten Leberlappen dicht an der Oberfläche in einiger Entfernung vom lig. suspensorium. Es stimmte im Aussehen und dem mikroskopischen Befunde nach ganz mit den gewöhnlichen Gummageschwülsten überein. In der Nähe dieses grossen, nach Key wahrscheinlich durch Zusammenschmelzen mehrerer kleiner entstandenen Gummas fand sich ein kleineres, nur erbsengrosses, aber sonst ganz gleich beschaffenes.

Acute Nephritis.

Nirgends sonst ein Zeichen von Syphilis.

Fall 6[2]). Akute Atrophie in einem sehr frühen Stadium der secundären Syphilis.

---

1) Key, (Hygiea XXXV. Sv. läkaresällsk. förh. S. 370. 1873). 2 Henry F. A. Goodbridge (British. med. Journ. June 10. 1871).

Mann 20 Jahre alt. Schwächliche Constitution. Mehrere Wochen nach Acquiriren eines Ulcus durum, trotz Sublimatgebrauch, syphilitische Rachenentzündung. Appetitlosigkeit. Starker Ikterus. Aufnahme: An der Leber nichts Auffälliges entdeckt. Hartnäckige Verstopfung, Stühle hellfarbig. Fieber gering. Starke Zunahme des Ikterus. Ohnmachtsgefühl. Nach wenigen Tagen Somnolenz. Tod erfolgte im Coma 70 Tage nach Erscheinen des Geschwürs.

Sektion: Leber bot das ausgeprägte Bild akuter Atrophie. Gallengänge durchgängig. Milz verkleinert. Magen mit schwärzlicher Flüssigkeit gefüllt. Aorta ascend. zeigte einige atheromatöse Stellen. Gehirn reichlich vascularisirt. Der obere Theil der Arachnoidea stark opak. (Anm.: Ich will jedoch nicht unerwähnt lassen, dass der von Goodbridge mitgetheilte Sektionsbefund es sehr zweifelhaft erscheinen lässt, ob die Diagnose der einfachen akuten gelben Leberatrophie nicht richtiger wäre als die der hepatitis syphilitica.)

Fall 7 [1]). Syphilitische Cirrhose der Leber mit Amyloidentartung der Milz.

Frau 40 J. Vor 20 J. Geschwür und Bubo. Seit 2 J. Kurzathmigkeit, verminderter Appetit. Seit 1 J. abendliches Anschwellen der Füsse, lästiges Spannungsgefühl in beiden Hypochondrien. 13. März 73 Aufnahme. Epigastrium bedeutend vorgewölbt, geschieden von der Umbilicalgegend durch deutlich markirte Linie.

Leberdämpfung beginnt im 4. Intercostalraum, reicht bis zur Höhe des Nabels. Unterer Rand abgerundet, reicht im Epigastrium fast bis zur Milz. Milz ebenfalls vergrössert. Kein Erguss im Unterleib. Verdauungsstörungen. Jodkalium verordnet: Verkleinerung der Leber. Später: Schmerz. Diarrhöe. Husten. Athemnoth. Am Unterleibe 2, je 1 Querfinger breite, quere Furchen in der Höhe des Nabels und der obern Darmbeinstachel.

1) Dr. Loewenfeld (Wien. med. Presse XIV. 39. 1873).

Bis zum 30. Jan.: Milz hat die früheren Dimensionen; Leber stark verkleinert, derb, mit unebener Oberfläche, höckerig. Spannung in der Leber- und Milzgegend; stechende Schmerzen in beiden Hypochondrien.

30. Januar. Erbrechen von grossen Massen klumpigen, schwarz geronnenen, zum Theil mit Speiseresten gemischten Blutes. Blutiger Durchfall. Ascites. Schwellen der Füsse. Zuletzt allgemeiner Hydrops. Dyspnoe.

1. April. Tod.

Sektion: Leber mit Zwerchfell verwachsen, gelappt, mit grobgranulirter Oberfläche. Auf der Schnittfläche das fettige und leicht ikterische, gelbe Lebergewebe von weissen, dichten, mehrfach verzweigten Faserzügen durchsetzt. Der rechte Ast der Pfortader, sowie der gegen den stumpfen Leberrand nach hinten zu verlaufende Hauptzweig enthielten einen Thrombus. Der nach dem rechten Leberrande ziehende Hauptzweig des rechten Pfortaderastes, sowie dessen Zweige waren durch Schwielen verengt. — In einzelnen Faserzügen fanden sich hanfkorngrosse, trockene, käsige Knoten eingeschlossen. Milz auf das sechsfache vergrössert, derb, speckigglänzend.

An den Genitalien befindliche Narben unterstützten die Diagnose während des Lebens.

Fall 8 [1]). Syphilome der Leber.

Frau 48 Jahre alt. Aus der Anamnese ging hervor, dass Pat. vor $^1/_2$ Jahre, nach einem Stoss gegen die rechte Bauchseite, einen Stich an der getroffenen Stelle gespürt und das Gefühl gehabt hatte, als wenn sich etwas gesenkt hätte. Darauf hatte sie 14 Tage lang unter Fiebererscheinungen stechende, später dumpfe Schmerzen im Bauche gehabt. Im Februar erschien eine faustgrosse Geschwulst in der rechten Seite des Bauches.

29. Juni Aufnahme: Sehr kachektisch. Kein Hydrops. Mässiger Meteorismus.

---

1) Loewenfeld, (Wien. med. Presse XIV. 40. 1873).

Leber reicht vom obern Rande der 5. Rippe bis zur spina anter. sup. ossis ilei, in der Breite bis zur verlängerten Mamillarlinie. Ihre Consistenz ist teigig. Mehrere etwa wallnussgrosse Vorragungen. Im Douglas'schen Raume fand man eine weiche, fast fluktuirende Geschwulst von Hühnereigrösse.

An den Genitalien nichts Abnormes.

Fieber. Abmagerung. Erbrechen galliger Flüssigkeit. Stechen in der Milzgegend. Ischurie. 12. Juli ging spontan übelriechender Eiter durch den After ab. Collaps. 15. Juli Tod.

Sektion: Leber gelappt, an der Oberfläche granulirt, mit dem Zwerchfell verwachsen. Auf der Schnittfläche das gelbe, fetthaltige Parenchym granulirt und entsprechend den, die einzelnen Lappen trennenden, Furchen von faserigen Bindegewebszügen durchzogen, in denen gelbkäsige Massen in Form feinerer Striemen oder in grösserer Masse aufgehäuft sich fanden.

Im Douglas'schen Raum befindet sich eitrige Flüssigkeit. Ein kurzer Gang führt in den 2 Zoll hoch über dem After eine Perforation von Erbsengrösse zeigenden Mastdarm.

Mangel sonstiger syphilitischer Erscheinungen.

Fall 9[1]). Frau 39 Jahre. Rachengeschwüre. Squamöse Syphiliden. Dolores osteocopi. Periostitis tibiarum. Dumpfe Schmerzen im rechten Hypochondrium. Beträchtliche Vergrösserung der Leber.

Dreiwöchige Inunctionscur: Verschwinden der übrigen Symptome nebst Verringerung des Volumens der Leber. Befriedigender Zustand der Patientin während 2 Jahren. Danach Rückkehr des Schmerzes im Hypochondrium. Ikterus. $1^1/_2$ Jahre darauf Anschwellung der Leber. Ascites. Milztumor. Quecksilber und Jodkalium erfolglos. Nach 4 Monaten Tod.

---

1) Schützenberger, s. Thierfelder, Syph. Hepatitis p. 211.

Fall 10 [1]). Frau 55 Jahre. Chron. Bronchokatarrh. Ozaena syphilitica. Narben am Gaumensegel Leber mit tiefen Furchen und knolligen Protuberanzen bedeckt, auf Druck schmerzhaft. Kein Ikterus, kein Ascites. Appetit, Stuhl, Harn normal. Nach dreimonatelangem Gebrauch von Syr. ferr. jodat. die Ozaena gebessert, ebenso die Empfindlichkeit der Leber. Form und Volumen der Leber unverändert.

Fall 11 [2]). Frau 67 Jahre. Hepatitis gummosa. Farbe der Haut gelblich. Verdauung gestört. Aussehen cachektisch. Schwäche. Anasarca. Keine Albuminurie. Leber vergrössert, deform, auf Druck empfindlich. Milztumor. Bronchokatarrh.

Obduction: Narbe im Pharynx und am Kehldeckel. Catarrh der Luftwege. Ueberreste einer Perihepatitis und Hepatitis gummosa nebst Amyloidinfiltration. Derber Milztumor. Nieren normal.

Fall 12 [3]). Frau 45 J. Bleich. Mager. Erbrechen ($^1/_2$ Jahr anhaltend nach jeder Mahlzeit). Oedem der Füsse. Albuminurie. Leber erscheint von normalem Umfange und scharfen Rändern. Milz klein. Erst Stuhlverstopfung, dann blutige Darmausleerungen. Tod.

Syphilitische Narbe auf der Stirn, indurirter Ulcus an den Genitalien.

Obduction: Lappung und Verhärtung der Leber durch syphilitische Narben. Vergrösserung. Obliteration zahlreicher Pfortaderäste. Amyloide Degeneration der kleinen Milz und Nieren. Hämorrhagien der Schleimhaut des Dünn- und Dickdarms.

Fall 13 [4]). Mann 58 J. Erstes Symptom: Respirationsbeschwerden. Hydrops. Vor Jahren syphilitisch. Symptome der Lungenphthise. Athemnoth. Appetitlosigkeit. Leber

1) Frerichs, Klinik der Leberkrankheiten. II S. 158. 2) Frerichs, ibid. S. 159. 3) Frerichs, Klinik der Leberkrankh. Bd. II, S. 160. 4) Frerichs, ibid. S. 162.

schmerzlos. Milz nicht vergrössert. Albuminurie. Diarrhoe. Sehr starker Hydrops. Tod durch Erschöpfung.

Obduction: Syphilitische Usur der Schädelknochen. Verdickung der dura mater. Pharynxnarben. Tuberkulose beider Lungenspitzen. Deforme Leber mit syphilitischen Narben, etwas vergrössert. Wachsmilz von normalem Umfange Wachsnieren. Amyloide Substanz in der Schleimhaut des Dünndarms.

Fall 14[1]). Frau 25 J. Leugnet die Möglichkeit einer Infection. Im Alter von 10 J. Ulcerationen im Schlund und am Körper. 16 J. alt Niereninflammation. Im 21. J. Ulcerationen.

Sept. 76. Oedem der Füsse, sich aufwärts verbreitend. Sept. 77. Allgemeiner Hydrops besonders der Unterextremitäten und Ascites. Der untere Leberrand konnte nicht perkutirt werden.

Uebelkeit. Erbrechen. Schmerz im Unterleibe. Fortdauernde Diarrhoe. Albuminurie. Urinmenge wird immer geringer.

8. Okt. Urämischer Anfall.

21. Okt. Tod.

Bedeutende Zerstörungen im Schlund. Uvula fehlt ganz.

Section: Nephritis und Splenitis hyperplastica. Leber verwachsen mit dem Zwerchfell; an der Oberfläche prominirende Knoten, durch narbige Furchen getrennt. Gegen 50 Gummata, von denen einige noch frisch und im Wachsen begriffen.

An den Genitalien nichts Abnormes.

Hymen jungfräulich.

Die Syphilis muss hier entweder hereditär oder in einem sehr frühen Alter acquirirt gewesen sein.

Fall 15[2]). Mann. Alter? Potator. Vor 8 J. Schanker

1) Key och Wising, Fall af Leversyphilis. Svenska läkaresallsk. förhand p. 241. 1878. 2) Lacombe, Syphilis du foie et des reins; — urémie avec abaissement de la température (Le mouvem. médic. No. 7. 1873).

mit secundären Symptomen. 5 J. darauf Ascites. Jodkaliumbehandlung und Heilung in 5 Wochen. $1\frac{1}{2}$ J. später wieder Ascites, Behandlung mit gleichem Erfolge. Nach 1 J. wiederum enormer Ascites, bedeutendes Oedem der untern Extremitäten. Leber sehr gross. Appetitlosigkeit. Lendenschmerzen. Harn vermindert, eiweisshaltig. Elendes Aussehen. Jodkalium 2,0 pro die.

Erbrechen grünlicher Massen. Coma. Tod nach 6tägiger Krankheitsdauer.

Section: Milz fast normal, Kapsel stellenweise verdickt. Leber gross, Verwachsung des rechten Lappens mit dem Zwerchfell. An der Oberfläche breite, glatte Plaques, die in Verbindung mit der Capsula Glissonii stehen, ferner narbenähnliche Eindrücke. Amyloidentartung.

Fall 16[1]). Mann 25 J. Syphilis nicht nachweisbar und abgeleugnet.

2. Juni 1875 Aufnahme: starker Ascites; Anasarca der Füsse und Kniegelenke.

Anämisch. Schwach.

Leber und Milz vergrössert. Ikterus schwach erkennbar, Conjunctiva leicht gefärbt.

Albuminurie.

2malige Punktion. Nach Behandlung von 6 Wochen: Hämorrhagie des Darms. Am darauffolgenden Tag: Erbrechen von Blut. Tod.

Sektion: Magen und Leber durch Adhärenzen verbunden; beide vergrössert. Kapsel der Leber verdickt.

Pfortaderzweige, duct. hepaticus und Arteria hepatica durch Gummata contrahirt. Milz sehr vergrössert, ($1\frac{1}{2}$ Pfd. im Gewicht), verwachsen mit dem Magen.

Im Darm keine Gefässruptur.

Fall 17[2]). Mann 45 J. Bis 24 Std. vor seinem Tode bis auf leichten Ikterus und zeitweilige Constipation gesund.

---

1) Shirley Deakin, Notes on two cases of syphilitic disease of the liver. Lancet S. 552 Apr. 79. 2) Shirley Deakin, Lancet Apr. 79.

Nach Genuss von Ricinusöl: Schmerzen im Abdomen, stirbt 24 Std. darauf.

Section: Lebersyphilis. Vergrösserung der Leber. Allgem. Knoteneinlagerungen in der Grösse einer Bohne bis zur Wallnuss. Oberfläche unregelmässig.

Acute Peritonitis in der Gegend des obern Drittheils des Dünndarms. Keine Ruptur des Duodenums. Milz vergrössert.

Bubonennarben in der Inguinalgegend.

Narbe am Penis.

Fall 18 [1]). Syphilitische Leberentzündung.

Frau 41 J. Datirt ihr Leiden seit 4 Monaten. Geschwüre auf der Kopfhaut. Induration am Brustbein. Dolores osteocopi. Kehlkopf- und Rachenkatarrh.

Milz und Leber vergrössert, letztere sehr stark, von derber Consistenz, aber ohne Unebenheiten. Kein Ascites, keine Albuminurie.

Jodkalium-Schmierkur. Schwinden oder Besserwerden sämmtlicher Erscheinungen. Leber nimmt an Umfang wesentlich ab und lässt einzelne flache, harte Höcker an ihrer Oberfläche erkennen. Bald darauf verlässt Pat. das Hospital.

Fall 19 [2]). Frau 42 J. Vor 4 J. Primäraffektion (Stillen eines syphilitischen Kindes). Menstruation ausgeblieben. Heftiger Husten.

Frühjahr 63. Geschwulst an den Beinen und am Gesicht. Kopfschmerz. Frieren. Kraftlosigkeit. Nie Wechselfieber.

Die Schwellung nimmt zu. 24. Sept.: Aufnahme. Blass. Hautödeme. Aufgetriebener Bauch, hart, nicht uneben, nicht empfindlich.

Leber- und Milzdämpfung nicht bestimmbar wegen des enormen Ergusses in der Bauchhöhle. Albuminurie. Appe-

1) Chvostek, Wien. med. Wchnbltt. XVIII. 40—44. 1863. 2) Hjelt, Ofversight af sjukvårelen vid almänna sjukhujets i Helsingfors pathologisk-anatomiska afdeling under åren 1861—68 S. 153.

titlosigkeit. Abwechselnd Diarrhöe und Stuhlverstopfung. 11. Okt. Schmerz im Leibe. Schwellung nimmt zu. Paracentese. Kräfte nehmen ab. Tod am 16. Okt.

Sektion: Seröser Erguss in der Bauchhöhle. Leber mit Zwerchfell verwachsen. Vergrösserung. Narbige Einziehungen. Milz vergrössert.

Fall 20 [1]). Akute hypertrophische Cirrhose bei einer syphilitischen Frau.

Frau 28 J. Narben einer ulcerösen Syphilisform an den Armen.

Seit 2 Jahren Husten mit blutigem Auswurf. Nachtschweiss. Seit 7 Monaten Menstruation ausgeblieben. Seit 2 Monaten heftige Koliken mit Diarrhoe. Erbrechen. Appetitlosigkeit. Vor einigen Wochen schwoll der Leib unter Frosterscheinungen an. Heftiger Schmerz in beiden Seiten und in d. fossae iliacae. Ernährung, Lebensverhältnisse schlecht.

5. Mai: Aufnahme. Athembeschwerden. Kein Ikterus. Leber vergrössert. Fluktuation im Leibe.

Bis zum 12. Mai: Umfang des Leibes nimmt zu; Kolik. Verstopfung. Brechneigung.

12. Mai: Ikterus deutlich geworden. Keine Albuminurie. Oedem der Beine und Füsse. Punktion; trotzdem Steigerung der Beschwerden, Zunahme der Schwellung. Noch 2 Mal punktirt. Es zeigt sich an der Leber beträchtliche Vergrösserung des rechten Lappens, Oberfläche regelmässig; resistenter als normal. Schwäche. 4. Juni Tod.

Sektion: Leber und Milz vergrössert. Gelbe lederartige Färbung der Leber. Die mikroskopische Untersuchung zeigt das Bild der Lebercirrhose.

Fall 21 [2]). Lebersyphilis, Magenkrebs; Lungentuberkulose.

Mann 43 J. vor 25 J. Schanker mit secundären Er-

1) Martineau, (L'Union 108. 1875). 2) Dusaussay, Bull. de la Soc. anat. 4. Ser. I. 2. 1876.

scheinungen. Vor 4 J. Schwäche; Blutspucken; Husten; Abmagerung; Schwellung der Beine; Purpura.

Aufnahme Apr. 76. Spitzentuberkulose.

Beträchtlicher Ascites, daher Leberuntersuchung unmöglich. In der Gegend der 7ten falschen Rippe mandelgrosse bewegliche, nicht schmerzhafte Geschwulst. Paracentese. Danach zeigte sich die Leber vergrössert, hart, uneben, bei Druck empfindlich. Etwas oberhalb des Nabels ein Tumor, unregelmässig, hart, sehr schmerzhaft. Am hintern Winkel der 11ten linken Rippe bildete sich noch ein Tumor. Nach 16tägiger Behandlung Tod.

Sektion: Krebsknoten zerstreut im Mesenterium, Peritoneum, Zwerchfell und an der hintern Bauchwand.

Im Magen, an der kleinen Curvatur, grosse Krebsmassen.

Leber hypertrophirt mit lobulärer Cirrhose (Frerichs' syphilitische Leber); der linke Lappen geschrumpft. Lungentuberkulose.

Fall 22[1]). M. 42 J. Vor 16 J. Tripper und linksseitiger Bubo; luetische Infection geleugnet. Vor 1 J. Stuhlträgheit, Schwellung des Leibes. Gefühl von Vollsein im rechten Hypochondrium. Spannung des Unterleibes. Kurzathmigkeit. Kurze Zeit darauf traten heftige Schmerzen in der epigastrischen Gegend auf. Kopfschmerzen. Heftiges Zucken an den verschiedensten Körperstellen.

Bei Aufnahme: Leichter Ikterus. Unterleib stark vorgewölbt, empfindlich gegen Druck. Leber vergrössert, Erhabenheiten. Die Diagnose lautete: Syphilitische Hepatitis mit reichlichen Gummata, mit vielen Narben an der Leberoberfläche und Abschnürung eines grossen Theiles des linken Leberlappens. Milzschwellung. Ascites. Stuhl leicht diarrhoisch. Nach 1 Monat: Blutiger Stuhl, Leber und Milz werden grösser. Schmerz nimmt zu. Nach weiteren 2 Wochen:

1) Chvostek, Ueber Lebersyphilis. Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis J. 1881 S. 325 ff.

Kurzathmigkeit. Angina catarrhalis. Erysipel der Nase, sich über die Wangen und obere Halspartie erstreckend. 3 Tage darauf: Erbrechen und Diarrhoe. Collaps. Tod herbeigeführt durch Erysipel und Peritonitis.

Section: Peritonitis. Syphilome in der Leber, syphilitische Narben an der Leberoberfläche. Narben am rechten obern Stimmband und an den Mandeln. Verwachsung des Herzens mit dem Herzbeutel, der Leber mit dem Zwerchfell, der vordern Brust- und Bauchwand und mit dem Colon transversum.

Milztumor.

Fall 23.[1]) Mann 33 J. Vor 4 Jahren Schanker, 3½ Jahre darauf Anschwellung der Füsse, zunehmend über die ganzen unteren Extremitäten. Vor 2½ Monaten Schwellung des Unterleibes. Diarrhoe (5—6 Stühle täglich). Hydrops ergreift auch die oberen Extremitäten. Athemnoth. Mässiger Trinker. Aufnahme: Allgemeiner Hydrops anasarca. Leberdämpfung erstreckt sich von der 5. Rippe bis zum Rippenbogen. Milz vergrössert. Albuminurie.

Diagnose: Lebersyphilis. Morbus Brigthii chron. Tod durch Erysipel des Gesichts (1½ Monat nach Aufnahme).

Section: Haut rein weiss. Leber reicht bis zum Rippenbogen. Oberfläche: uneben, höckerig. Kleine hirsekorngrosse, warzige Erhabenheiten. Einziehungen. Lappung. Milzschwellung.

Fall 24.[2]) Mann 58 J., will Infektion nicht zugeben. Bis vor 3 Jahren gesund. Plötzliche Athemnoth. Nachts asthmatische Anfälle. Schleimauswurf; Husten. Kein Herzklopfen. Seitdem Besserung, abwechselnd mit Wiederkehr der Anfälle. Mässiger Trinker. Verdauungsstörungen.

Aufnahme: Halsvenen ausgedehnt. Athmen angestrengt.

Syphilitische Leberentzündung und Stenose des rechten Bronchus. Hypertrophie, fettige Degeneration und consecutive Dilatation des ganzen Herzens. Schliesslich Retropharyngealabscess. Atrophie der Milz. Anfälle der hochgradig-

1) Chvostek, ibid. 2) Chvostek, ibid.

sten Dyspnoe. Bewusstlosigkeit. Trismus, Nackenkontraktur. Cyanose. Oedem der Extremitäten. Albuminurie. Tod am 10. Tag nach Aufnahme.

Section ergiebt Narben in der Leber und im rechten Bronchus. Hydrops ascites und Anasarca.

Fall 25.[1]) Lebersyphilis mit Leberlappung; hochgradiger Ascites; fünfmalige Punktion desselben. Mann 65 J. Vor 40 J. Schanker. Vor einigen 20 J.: Abmagerung, gelbliches Hautcolorit, Stuhlträgheit; unterhalb des rechten Rippenbogens faustgrosse Geschwulst. Die Lebergegend war damals auf Druck empfindlich. Auf Abführmittel Besserung.

Einige Jahre darauf: Schwellung der Füsse, die wieder verschwand. Im vergangenen Jahre stellten sich verminderter Appetit, Frösteln und Hitze ein. Gefühl der Schwere im rechten Hypochondrium. Diarrhoe. Harnabsonderung vermindert. Anschwellung der Füsse und des Unterleibes.

Im nächsten Jahre nimmt die Schwäche zu, ebenso die Schwellung und Verdauungsstörung. Kurzathmigkeit. Oefters wiederholte Punktion. Bei der Aufnahme: Der Unterleib stark ausgedehnt. Hautvenen der epigastrischen Gegend aufgetrieben. Sehr starker Ascites, daher die Palpation der in der Bauchhöhle befindlichen Organe unmöglich. Leberdämpfung reicht bis zum Rippenbogen, Milzdämpfung vergrössert.

Untere Extremitäten ödematös.

Harnmenge sehr gering, ohne Eiweiss. Trotz mehrfacher Punktion (einmal 19, einmal 23 Liter entleert) wächst der Ascites. 1 Monat nach Aufnahme plötzlicher Tod.

Section: Syphilitische Leberentzündung mit Lappung. Schwellung der Milz. Chronischer Magen- und Darmkatarrh. Starker Ascites und Hydrops der unteren Extremitäten und der äusseren Geschlechtstheile. Sklerose des Schädeldaches.

---

1) Chvostek, ibid.

Narbige Einkerbungen der Epiglottis. Bronchialkatarrh. Linksseitige Hydrocele.

Fall 26.[1]) Mann 47 J. Vor 24 Jahren Schanker. 15 J. später Knochenschmerzen, Jahre hindurch anhaltend. Ende seines 46. Lebensjahres: häufiger Drang zum Uriniren, Diarrhoe, zeitweise blutige Stühle. Schwellung des linken Hodens, der Füsse, später auch des Unterleibes.

Am 7. Januar aufgenommen: Haut schmutziggelb. Syphilitische Symptome s. im Sectionsbefund. Leberdämpfung von der 6. Rippe bis zum Rippenbogen. Milzdämpfung von der 7. Rippe bis zur 11. und nach innen bis zum Rippenbogen. Die untern Extremitäten an den Füssen ödematös. Appetit gut. Diarrhöe: blutig. Albuminurie. Besserung nach Jodkalium, Schwinden des Hydrops. Pat. verlässt am 31. März die Klinik.

Im Juni treten Knochenschmerzen auf. Im November Blasenkatarrh. Im Dezember Diarrhoe. Oedem des linken Fusses und Anschwellung des Unterleibes. Am 2. Januar liess sich Pat. wieder auf die Klinik aufnehmen: Abmagerung. Blassgelbliche Farbe. Unterleib stark ausgedehnt. Bauchdecken ziemlich gespannt. Die Bauchvenen leicht ausgedehnt. Ascites bis 3 cm. unterhalb des Nabels. Tastbar ist die Leber, sowie auch die Milz nirgends. Albuminurie. Diarrhoe. Oedem an den untern Extremitäten und am Hodensack.

14. Febr. Ascites bis zum Nabel. Athemnoth. Schwäche. Aufgeregtheit.

Paracentese. Katarrhalische Angina mit Oedem des Zäpfchens. Tod.

Diagnose: Syphilis der Leber (Leberlappung), der Milz, der Knochen, des Gehirns, der Nieren, der l. Lungenspitze, des l. Hodens und Nebenhodens. Chronischer Dickdarmkatarrh. Diphtheritis.

Section: Interstitielle und velamentöse Hepatitis nach

---

1) Chvostek, ibid.

Syphilis (Leberlappung). Fettige Entartung der Leber-substanz. Verwachsung des grossen Netzes mit der Leber-oberfläche. Consecutiver Hydrops ascites anasarca und der Pleuren. Chronischer Dickdarmkatarrh. Narben am Stirn- und Scheitelbein mit einer Exostose am letzteren und Sklerose des Stirn- und Hinterhauptbeins. Syphilitische Exostose am Sternum, an den beiden Tibien und an der l. Fibula. Nierengranulation.

Syphilitische Bindegewebswucherung im l. Hoden und Nebenhoden. Chron. Oedem der Hirnhäute. Diphtheritis am Zäpfchen.

Fall 27.[1]) Mann 64 J. Im 60. J. Schanker. Syphilitische Geschwüre an den unteren Extremitäten, an der Kopfhaut. Knotiger Ausschlag am Rücken.

12. März Aufnahme: Linksseitige Pneumonie. Haut schmutziggelb. Hinfällig. Narben am Kniegelenk. Substanzverluste an Kopfhaut und Stirnbein.

Leber und Milz vergrössert. Oberfläche der ersteren ziemlich glatt und hart. Rand stumpf.

19. März Somnolenz. Delirien.

Bis zum 26. März: Pneumonie erstreckt sich über die ganze Lunge.

Unwillkürliche Harn- und Stuhlentleerung. 27. März: Collaps. Tod.

Diagnose: Interstitielle syphilitische Hepatitis. Gummata der Milz. Syphilis des Kehlkopfs und der Haut. Linksseitige Pneumonie.

Section: Leber- und Milzsyphilis. Syphilitische Geschwüre an der Schädelhaut. Narben nach Syphilis an der Haut der untern Extremitäten, des Rückens, des Hinterhauptbeines. Geschwüre an den Stimmbändern.

Links Pleuropneumonie im Stadium der Hepatisation. Haematom der dura mater.

Fall 28.[2]) Mann 28 J. Im 17. J. Gelbsucht. Im 26. J.

---

1) Chvostek, ibid. 2) Chvostek, ibid.

Schanker. Im 27. erkrankt er mit heftigen kolikartigen Schmerzen. Mässiger Appetit. Kein Erbrechen. Trockener Husten. Nachtschweiss. Dem Alkohol nicht ergeben. 1880: Aufnahme. Haut gelblich weiss. Conjunctiva gelblich gefärbt. Unterleib nicht ausgedehnt, gegen Druck nicht empfindlich. Leber etwas vergrössert, Oberfläche glatt, Rand dünn, Consistenz normal. Milz nicht vergrössert. Kein Ascites. Keine Diarrhöe. August 1880: Die kolikartigen Schmerzen treten nach jeder Mahlzeit auf und dauern 2—3 Stunden. Leberdämpfung normal. Der Unterleib in der Nabelgegend druckempfindlich. Bis zum 12. Sept.: Diarrhoe. Marasmus. Appetitlosigkeit. 12. Sept.: Somnolenz. Oedem um die Fussknöchel. Mässiger Ascites. Dieser wuchs rasch — am 21. bis unterhalb des Nabels. Bauchdecken ödematös.

Harn enthält Gallenfarbstoff — kein Eiweiss. Icterus spurweise vorhanden.

22.: Erbrechen. 27.: Delirien, rascher Verfall der Kräfte. 28. Sept.: Tod.

Section: Chron. Tuberculose beider Lungenspitzen. Chron. interstitielle syphilitische Hepatitis. Syphilitische Narbe des Stirnbeins nebst Hyperostose des letzteren.

Thrombose des Sin. falciformis major, transvers. und sigmoideus. Pachymeningitis chron.

Allgemeiner Haut- und Höhlenhydrops.

Fall 29.[1]) 36 J. Im 21. J. Wechselfieber. Seit seinem 22. Lebensjahre Kopfschmerzen, Schwerhörigkeit, Ohrensausen. Oft Appetitlosigkeit und Stuhlträgheit. In seinem 35. Jahre (September 1862) Schmerzen im linken Hüftgelenk. October 62: Anschwellen der Füsse, zunehmend bis Januar 63 über die ganzen unteren Extremitäten und den Unterleib. Häufiger Harndrang. Appetitlosigkeit.

13. Febr. 1863 Aufnahme. Haut weiss. Unterleib stark vorgewölbt, gespannt, nicht druckempfindlich. Ascites bis 3 Querfinger unterhalb des Nabels. Leberdämpfung vom

1) Chvostek, ibid.

untern Rand der 5. bis zum untern Rand der 7. Rippe. Milzdämpfung von der 7. bis zur 10. Rippe und bis zum Rippenbogen. Die unteren Extremitäten stark ödematös.

Harnmenge gering, viel Eiweiss.

Bis zum 12. März nehmen Hydrops anasarca, sowie auch Hydrops der Körperhöhlen rasch zu. Athemnoth. Kein Appetit. Diarrhöe. Husten. Collaps. 13. März Spannung im Unterleibe. Dyspnoe. Paracentese. Erschöpfung: Tod.

Fall 30.[1]) Mann 23 J. Im Alter von 20 Jahren Wechselfieber. Seit 6 Monaten Gefühl der Schwere und Völle in der Lebergegend. Appetitlosigkeit. Magendrücken. Stuhl unregelmässig.

21. Jan. Aufnahme: Rechtsseitige Pneumonie. Haut: schmutzig gelblich weiss. Sclera gelblich gefärbt — leichter Icterus. Schwäche. Somnolenz. Unterleib mässig aufgetrieben, weich. Leberdämpfung reicht bis 2 Querfinger breit nach abwärts vom Rippenbogen. Milz ziemlich stark vergrössert. Stuhl seit 2 Tagen verhalten. Harnmenge gering. 23. Jan. Die ganze rechte Lunge infiltrirt. Expectoration stockt immer mehr.

27. Jan. Collaps. Tod.

Section: Leber vergrössert; unterer Rand stark abgerundet, bis zum Nabel reichend. Kapsel getrübt. Narben und Einziehungen.

Gewebe hart, zähe, körnig.

Milz vergrössert.

Fall 31.[2]) Mann 48 J. Im Alter von 15 J. Wechselfieber. Gewöhnt, Bier oder Wein zu trinken. Im Alter von 26 J. Schanker (1849). Von 1852—1855 öfters Wechselfieber. Von 1855 an zunehmende Fettleibigkeit. 1863 Kurzathmigkeit. 1871 ($^1/_2$ J. vor seiner Aufnahme) beträchtliche Vergrösserung des Unterleibes, fortschreitende Abmagerung. Zunahme der Kurzathmigkeit. 4. Nov. 1871 Aufnahme. Haut schmutzig gelblich-weiss. Unterleib ist enorm und zwar halb-

1) Chvostek, ibid. 2) Chvostek, ibid.

kugelförmig ausgedehnt. Die Bauchdecken sind sehr gespannt. Die Haut nicht faltbar. Die Hautvenen vorne am Stamm sind mässig ausgedehnt und bilden zahlreiche Netze. Hochgradiger Ascites bis 6 cm. unterhalb des proc. xiphoideus reichend. Die obere Lebergrenze befindet sich in der Papillarlinie an der 5., in der Axillarlinie am oberen Rande der 7. Rippe, die untere lässt sich nicht ermitteln. Auch die Milz kann hinsichtlich ihrer Grösse nicht ermittelt werden. Die unteren Extremitäten sind um die Knöchel leicht ödematös. Keine Albuminurie. Stuhl normal. Paracentese des Abdomens: Cyanose und Athemnoth verschwindet. Die Leber überragt den Rippenbogen um 1 Plessimeter in der Papillarlinie, um 2 in der Medianlinie. Rand stumpf, hart. Oberfläche glatt, bis auf eine Einkerbung in der Mitte. Milzdämpfung vom obern Rande der 7. bis zum untern der 10. Rippe und bis zum Rippenbogen.

Jodkalium 1,5 Grm. täglich und Infus. bacc. Juniperi. Der Harn unter dieser Behandlung anfangs blässer und reichlicher, bald aber wieder spärlicher und dunkler. Der Ascites nimmt rasch wieder zu. Am 20. Nov. 2. Punktion. Unter weiterem Gebrauche des Jodkaliums und des Inf. bacc. Junip. nahm der Ascites in der ersten Zeit nicht mehr zu, später mehr und mehr ab und verschwand schliesslich ganz. Seine Folgezustände gingen zurück. Die Leber verkleinerte sich merklich, blieb aber noch immer etwas vergrössert. Milzschwellung verkleinerte sich bedeutend. Am 5. April 1872 entlassen.

Fall 32.[1]) Mann 40 J. 1846 Wechselfieber. 1855 Schanker. Hautausschlag. Rachenkatarrh. Ende 1861 stellt sich Erbrechen ein, $^1/_2$ Stunde nach jeder Mahlzeit (4 Monate andauernd). 1863 Kopfschmerz, Schlaflosigkeit. Seit 6 Wochen Schwere im Unterleibe. Ziemlich rasche Vergrösserung desselben. Schmerzen im rechten Hypochondrium. Anschwellung der Füsse und Unterschenkel. Mässiger Trinker.

1) Chvostek, ibid.

10. Okt. 1864 Aufnahme. Haut erdfahl. Mattigkeit. Hautvenen am Bauch ausgedehnt. Freibeweglicher Flüssigkeitserguss in der Bauchhöhle. Leberdämpfung erstreckt sich in der Papillarlinie von der 5. bis zur 7. Rippe. Milztumor von der 5. bis zum untern Rande der 10. Rippe und nach einwärts bis etwas unterhalb des Rippenbogens reichend. An den unteren Extremitäten, um die Knöchel herum, ein leichtes Oedem. Keine Albuminurie. Stuhl bald retardirt, bald diarrhoisch.

Therapie: Jodkalium erst 10 Grmm. pro die, später vermindert. Potus citri.

1 –30. Nov. Ascites zunehmend. Dyspnoe. Paracentese. Abmagerung. Kraftlosigkeit. Paracentese bis 30. April noch 10 Mal wiederholt. Die dabei entleerte Flüssigkeit wurde immer klarer. Harn reichlicher und minder dunkel. Der Ascites stieg wieder, doch trat vom 16. Mai an reichlichere Diurese auf (3—4 Liter täglich). Der in der letzten Zeit retardirte Stuhl trat von jetzt an spontan 1—2 Mal täglich auf, gallig gefärbt. Der Ascites verkleinerte sich. Die Bauchdecken wurden schlaff, die Venenausdehnung schwand. Milz und Leber zeigten ihre frühere Grösse. 20. Juni 65 Patient entlassen.

(Chv. sah ihn 1881 — 16 J. später — Pat. war ganz gesund).

Fall 33.[1]) Mann 34 J. Vor 7 Jahren Schanker mit consecutiven syphilitischen Exanthemen und einem Rachenkatarrh.

Aufnahme: Oedem der Genitalien und Oberschenkel. Eiweiss und hyaline Cylinder im Urin. Leber zeigte keine Veränderung. Während der nächsten 5 Monate nahm das Oedem zu und war zeitweise auch im Gesicht vorhanden. Appetitlosigkeit. Erbrechen. Diarrhöe. Mangelhafte Intelligenz. Harnabsonderung seit 10 Tagen sehr spärlich ($^1/_4$—$^1/_2$ Liter in 24 Stunden). Tod 8 Monate nach Aufnahme.

Section zeigte das Bild der Lebersyphilis. Furchen, Vertiefungen in der verkleinerten Leber. Höckerige Ober-

1) Kahl, a. a. O.

fläche; zahlreiche Erhabenheiten. Narben an der Epiglottis. Amyloidentartung der Milz.

Brightsche Nieren.

Fall 34.[1]) Mann 45 J. Vor 6 J. Schanker. Vor 5 J. will er ¾ Jahr lang leberkrank gewesen sein. Damals war die Leber angeblich vergrössert, schmerzhaft. Mässiger Icterus und mässige Auftreibung des Leibes seien vorhanden gewesen. Seit dieser Zeit Hämorrhoidalbeschwerden. Seit 1 J. Schmerzen in den Unterschenkeln. Schwindel.

Seit ½ J. stets wachsende Auftreibung des Leibes und seit einer Woche Anschwellung der unteren Extremitäten. Spannende Schmerzen im Leibe. Ascites. Kurzathmigkeit. Diarrhoe.

Aufnahme: Alte Narben an den Ellenbogen. Venen in den untern Partien des Thorax und auf dem Leibe stark aufgetrieben. Unterleib stark ausgedehnt und gespannt, besonders oberhalb des Nabels. Die Bauchdecken stark ödematös, Haut prall. Leberdämpfung beginnt schon am untern Rande der 4. Rippe. Milz vergrössert. Albuminurie. Diarrhoe. Schmerz im Leib; Dyspnoe.

Während des folgenden Monats: Zunahme des Ascites. Trotz wiederholter Punktion dauerte die Auftreibung des Leibes fort und 7 Wochen nach Aufnahme: Collaps und Tod.

Section zeigte die Leber stark verkleinert, Verwachsung mit dem Zwerchfell, Narben an der Oberfläche. Kapsel mit Granulationen. Das Lebergewebe braunroth.

An den Gaumenbögen alte Narben. An der rechten tibia, sowie an mehreren Fusswurzelknochen des linken Fusses Periostverdickungen.

Fassen wir jetzt die Resultate der Vergleichung obiger 34 Fälle zusammen, so ergiebt sich zunächst in Hinsicht auf das **Geschlecht** der Erkrankten, dass unter diesen 34 Patienten

21 Männer — 13 Frauen waren.

1) Kahl, a. a. O.

Das **Alter** derselben anlangend, kann ich folgendes anführen.

Es standen im Alter von

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 21—30 | Jahren | 5 | Männer | 4 | Frauen | = 9 |
| 31—40 | „ | 12 | „ | 2 | „ | = 14 |
| 41—50 | „ | 7 | „ | 5 | „ | = 12 |
| 51—60 | „ | 2 | „ | 1 | „ | = 3 |
| 61—70 | „ | 2 | „ | 1 | „ | = 3 |

Leider ist in den meisten Fällen nicht angeführt, wann die betr. Individuen Syphilis acquirirt haben, und eine wie lange Zeit zwischen der Primäraffection und der Lebererkrankung gelegen hat. Gewöhnlich tritt die letztere — auch in unsern Fällen fast immer — als Tertiäraffection in einer ziemlich späten Periode auf, selten nur in einer früheren Periode (Fall 6 und 4) neben sogenannten secundären Affectionen in anderen Organen (nach Dittrich insbesondere neben syphilitischen Narben des Pharynx und Gaumens).

Was die 34 Fälle anbetrifft, so wurde das Auftreten der Primäraffection nicht eruirt 19 Mal, sonst wurde das Auftreten der Lebersyphilis nach der Primäraffection beobachtet

| | | |
|---|---|---|
| $2^1/_2$ | Monate | 1 Mal |
| 2 | Jahre | 1 „ |
| 3—4 | „ | 4 „ |
| 6—7 | „ | 3 „ |
| 12 | „ | 1 „ |
| 14 | „ | 1 „ |
| 18 | „ | 1 „ |
| 20 | „ | 1 „ |
| 23 | „ | 1 „ |
| 25 | „ | 1 „ |

Ob ausser der Lues noch besondere Schädlichkeiten mitwirken müssen, um die Hepatitis in's Leben zu rufen, bleibt vorläufig dahingestellt (Frerichs). Man hat, wie bei anderen Folgekrankheiten der Ansteckung, den Gebrauch des Quecksilbers beschuldigt, Hepatitis herbeizuführen; gewiss

mit Unrecht, weil Lebernarben vorkommen, wo kein Gran Quecksilber genommen wurde. Virchow ist geneigt, aus der Lage der Narben auf die Mitwirkung mechanischer Schädlichkeiten, Contusionen u. s. w. zu schliessen. Die Loewenfeld'sche Beobachtung (s. Fall 8) ist wohl ein Beitrag zur Beantwortung des von Frerichs aufgestellten Satzes. Loewenfeld meint, dass jenes Trauma den Impuls dazu gegeben habe, dass in Folge der damaligen Perihepatitis der Process in der Leber zum Ausbruch kam. Und es ist eine solche Annahme, dass vorhergehendes Trauma oder krankhafte Veränderung eines Organs einem andern Krankheitsstoffe geradezu Veranlassung giebt, in dem betr. Organ sich zu etabliren, ganz allgemein anerkannt. Wir wissen ja, dass gerade solche Stellen der Haut, wo ein äusserer Reiz eingewirkt hat, besonders leicht der Sitz von spez. syphilitischen Affektionen werden. Wir lesen ferner in Eichhorst Bd. II S. 720: „In manchen Fällen scheint Schädelverletzung Entstehen von Hirnsyphilis angefacht zu haben, auch hat man nicht ohne Grund Excesse in Venere und Baccho und geistige Ueberanstrengung, sowie psychische Aufregung mit der Krankheit in Verbindung gebracht". Schon Lanceraux macht die Bemerkung, dass der Gelehrtenstand ein grösseres Contingent an Hirnsyphilis stellt, als die vorwiegend körperlich arbeitende Bevölkerung. Auch an Analogien für diese Anschauung bez. anderer Krankheiten fehlt es nicht, indem z. B. bei der Tuberkulose sowohl die klinische, wie die experimentelle Erfahrung es ausser allen Zweifel stellt, dass bei einem Tuberkulosen durch ein Trauma beispielsweise ein vorher gesundes Gelenk (mehrfache Beobachtungen am Knie!) tuberkulos erkranken kann.

Gehen wir nun zu den **Symptomen** der Lebersyphilis über. Schon Frerichs und Andere haben es versucht, ein Krankheitsbild festzustellen, — aber Uebereinstimmung herrscht unter den Autoren nicht. Sicher ist, — wie schon Eingangs erwähnt, — dass die syphilitische Hepatitis oft erst in der Leiche diagnosticirt wird (Fall 1. 3.), theils, weil die einzelnen Symptome, — wenigstens in den schweren

Fällen — meist schwer zu deuten sind, da ja neben der syphilitischen Lebererkrankung noch Speckentartung verschiedener Organe, morbus Brightii und andere Affektionen häufig vorhanden sind und auch der Einfluss der syphilitischen Cachexie sich nicht bestimmen lässt, theils, weil auch die Leberaffektionen in dem Stadium, in welchem der Kranke zur Beobachtung kommt, keine erheblichen Symptome mehr erzeugt. Die charakteristischen Veränderungen finden sich dann zufällig in der Leiche, besonders die dem Ablaufe der Processe entsprechenden Narben.

Doch unter den angeführten Fällen finden wir auch eine ganze Anzahl, an denen die Symptome so deutlich hervortreten, dass eine Diagnose auch im Leben recht gut möglich war.

Am leichtesten war die Krankheit zu erkennen an den Veränderungen, die wir im Leben an der Leber in Hinsicht auf Grösse, Form und Härte wahrnahmen. Unsere Fälle zeigen öfter Vergrösserung als Verkleinerung der Leber. Doch scheinen andere Autoren, denen ein grösseres Material zu Gebote stand, andere Ergebnisse in Betreff der Grösse der Leber bei Lebersyphilis bekommen zu haben: Wagner z. B. giebt an, er hätte die Leber 6mal verkleinert, 1mal vergrössert, 2mal normal gross gesehen. Kahl fand sie in 6 Fällen verkleinert, in 1 vergrössert und in 1 normal gross. Frerichs fand die Leber unter 17 Fällen 4mal verkleinert, 6mal vergrössert, 7mal normal gross.

Die Grösse ist also, wie wir sehen, sehr wechselnd. Es wirken ja auch sehr verschiedene Momente zusammen: Der Untergang grösserer Leberpartien, die complementäre Hypertrophie des gesunden Gewebes, sowie die sehr häufige Complication mit Speckentartung und syphilitischer Cirrhose. Vielleicht ist auch die Leber zuerst vergrössert, um sich in den späteren Stadien zu verkleinern. In Fall 4 z. B. verkleinert sich die um 2 Querfinger in jedem Durchmesser vergrösserte Leber in den letzten Stunden „ausserordentlich." Fall 34 zeigt ebenfalls eine Verkleinerung der Leber,

die während des Lebens beobachtet wurde. Und auch Biermer erzählt von einem solchen Falle.

Einen weit sichereren Fingerzeig für die Diagnose, als die Grössenverhältnisse, boten wahrgenommene Formveränderungen der Leber. Wenn die Leber über den Rippenrand vorragte, der Leberrand stumpf und mit Höckern versehen war, wenn auf der ganzen Oberfläche Furchen und oft bis hühnereigrosse Prominenzen abwechselten, wenn wir die Lappung erkennen und Tumoren, abgeschnürt von der Leber (Fall 3 und 22), oder nur durch Narbenstränge mit ihr zusammenhängend, fühlen konnten, dann war die Diagnose sehr erleichtert. Die Höcker fand man dann glatt und hart, nur ausnahmsweise (Fall 10 und 13) teigig.

Doch sehr häufig war das Organ der Betastung gar nicht zugängig. Der Ascites hatte oft eine so ungeheure Ausdehnung, dass die Untersuchung der Leber unmöglich wurde, oft auch lagen die Narben unter dem Rippenbogen verborgen und entzogen sich allen diagnostischen Hülfsmitteln. Oft auch war der Schmerz bei der Untersuchung ein so intensiver, dass von der Palpation abgesehen werden musste.

Doch ein Blick auf unsere Krankengeschichten lehrt uns, welches Symptom das constanteste in der Leberlues ist. Es ist der Schmerz in der Lebergegend. In 22 Fällen ist er angegeben und in den übrigen, wo dies nicht geschehen, ist er wohl sicher auch zu irgend einer Zeit des Verlaufes der Krankheit vorhanden gewesen. Wir finden ja fast in jeder syphilitischen Leber Residuen von Perihepatitis. Oft ist der Schmerz auch gerade das Symptom, welches den Patienten auf seine Krankheit aufmerksam macht. So ist er unter den angeführten Fällen 8mal als

Erstes Symptom von den Patienten angegeben worden. Fiebererscheinungen waren 2mal, Verdauungstörungen 5mal, Athemnoth 3mal, Oedeme, Ascites, Hydrops 8mal, Gefühl der Schwere und Völle im Leibe 3mal als erstes Symptom bezeichnet. Zweimal kamen Patienten mit Pneumonien, zweimal mit Lungenphthise, einmal mit einem Ge-

schwür an der Schamlippe in die Anstalten und die Lebererkrankung entwickelte sich complicirt mit den andern Erscheinungen — ohne bestimmt angegebenes erstes Symptom. Doch kehren wir zu dem „Schmerz“ zurück. Wir finden ihn bald lokalisirt, bald über das ganze Organ verbreitet; bald stechend, bald dumpf; bald intensiv, bald schwach, oder nur beim Druck vorhanden. In vielen Fällen verschwindet er und kehrt wieder; gegen das letale Ende fehlt er bald, bald tritt er dann wieder heftig auf.

Fast ebenso constant als der Schmerz sind: Störungen der Magen- und Darmfunction. Wir beobachteten sie in mehr als $^2/_3$ aller Fälle. Fast jeder der Patienten klagt über Uebelkeit, Aufstossen, Brechneigung. In sehr vielen Fällen tritt Erbrechen ein. In einem Falle (12) ist über $^1/_2$ Jahr anhaltendes Erbrechen, nach jeder Mahlzeit auftretend, erwähnt. Diarrhöe und Stuhlverstopfung wechseln bei den Angaben der Patienten ab, gewöhnlich sind beide bei demselben Individuum während des Verlaufs vorhanden gewesen. Im Fall 8 ist „eitriger Stuhl“ angegeben, man fand bei der Section eine Perforation des Mastdarms. Magen- und Darmblutungen sind erwähnt in den Fällen 7. 12. 16, Darmblutung allein im Fall 22. Die im Falle 7 auftretende Haematemesis, die blutigen Durchfälle und die denselben folgende Verkleinerung der Milz erklärt Loewenfeld dadurch, dass es in Folge fortgesetzter Bindegewebswucherung zu Thrombosirung der Wurzeln der Pfortader, in Folge deren zur Stauung in vena lienalis und mesenterica und zur Ruptur der erweiterten Magen- und Darmvenen kam, wobei die Milz durch die v. gastrica sup. und die v. mesenterica zu gleicher Zeit einen grossen Theil ihres Blutgehaltes entleerte.

In ähnlicher Weise — in Folge von Compression und Obliteration von Pfortaderzweigen oder der Pfortader selbst, entstanden die in den andern Krankheitsgeschichten erwähnten Haemorrhagien.

Dieselben Ursachen führen dann auch den Ascites her-

bei. Aber, während Magen-Darmkatarrh oder Blutungen im Digestionstractus bewirkt werden schon durch Obliteriren oder Compression kleiner Zweige, muss zum Hervorrufen von Ascites und Anasarca eine hochgradige Stauung in der Pfortader vorhanden sein. Es müssen die Syphilome eine erhebliche Grösse erreichen und durch ihre Lage wesentliche Veränderungen an den grossen Gefässen bedingen, wenn das Organ durch Einziehungen und Abschnürungen, Untergang und Hyperplasie verschiedener Theile sehr missgestaltet worden ist. Hier treten dann die Veränderungen an den Gefässen auf, deren Effect nothwendiger Weise eine Verengerung derselben und eine Verlangsamung des Blutstromes in ihnen sein muss (Fälle 1. 7. 9. 16. 22. 25. 31. 32.).

Man darf aber dabei nicht vergessen, dass die vena cava ebensowohl in Mitleidenschaft gezogen wird, als die vena portae, dass also hier ein Anasarca der untern Körperhälfte eine Stauung in der vena cava als Ursache haben kann, welche direct durch das Leberleiden bedingt wird (Fall 34).

In den angeführten Fällen fehlte der Ascites nur 12 Mal. Aber in vielen bestand hier das Leberleiden nicht allein, es waren noch Speckentartung (Fall 11. 12. 13. 14. 15. 16. 19. 26. 29.) chronischer Morbus Brightii und andere Complicationen, Anaemie und Hydraemie (27) vorhanden. Die Verhältnisse sind also sehr complicirt und ist es deshalb schwer zu entscheiden, wie viel Einfluss das Leberleiden, wie viel die Complicationen auf Eintritt des Hydrops gehabt haben.

Was das Verhältniss des Ascites zum Anasarca und zu den übrigen Hydropsien betrifft, so sehen wir ihn zwar die anderen Oedeme bedeutend überwiegen, doch ist „allgemeiner Hydrops“ oft erwähnt. Der Ascites war ein sehr starker in 14 Fällen, in denen meistens Paracentese des Abdomens ein oder mehrere Mal nothwendig wurde.

Zu den gewöhnlichen Folgen einer Stauung in der Pfortader gehört ferner auch die Schwellung der Milz In Fall 1. 21. u. 22 ist sie allein durch die Stauung des Blutes im Pfortadersystem bedingt. Aber noch viel häufiger,

als durch die Rückstauung des Blutes im Pfortadergebiete, kommt die Milzschwellung bei der Lebersyphilis mehr direct durch die Syphilis im Allgemeinen bedingt vor (Fall 24. 26. 27. 30.). Bisweilen sind in der Milz ebenfalls Syphilome eingelagert (Fall 27). In andern Fällen handelt es sich um hyperplastische Vergrösserung oder auch um amyloide Entartung.

Wir finden bei unseren 34 Krankengeschichten den Icterus 12 Mal angegeben. Auf den ersten Blick würde diese so grosse Zahl gegen die Ansicht der meisten Autoren über die Häufigkeit des Vorkommens des Icterus bei Lebersyphilis sprechen. Frerichs z. B. sah ihn nur 3 Mal; einmal neben Perihepatitis syphilitica, wo er mit dem Nachlassen der Entzündung wieder verschwand; ferner in einem Falle von amyloider Degeneration der Leber mit Gummaknoten, und hier ergab die Obduktion geschwollene Drüsen in der Porta hepatis als Ursache. In einem dritten Falle endlich war die Gelbsucht die Folge der Obliteration eines grossen Gallenganges durch eine von der concaven Fläche der Leber ausgehende Narbe.

Bamberger, Dittrich, Gubler, Oppolzer, Lancereaux, Chvostek, Thierfelder erklären das Vorkommen des Icterus bei Leberlues ebenfalls für selten; Bamberger und Gubler sahen ihn in keinem ihrer Fälle; Dittrich nur bei vorhandenen Complicationen. Die grosse Anzahl der gerade unter den angeführten Fällen gemachten Icterusbeobachtungen wird erklärlicher, wenn wir bedenken, dass die einzeln zur Veröffentlichung gelangenden Fälle gewöhnlich ausgesprochener sind. Aber, wenn auch von denen, welchen ein reichlicheres Material zu Gebote stand, Icterus selten angegeben wird, so ist doch nicht zu übersehen, dass der Process bei den Fällen dieser Autoren wohl meistens schon abgelaufen war und nur in seinen Residuen, den Narben, vorlag, und dass in vielen Fällen nur Sectionsberichte mitgetheilt wurden. Es ist deshalb natürlich schwer zu sagen, ob nicht in früheren Stadien das Leberleiden manchmal von Icterus begleitet war. Icterus,

mit Verdauungsstörungen, auch wohl Schmerz in der Lebergegend und Vergrösserung der Leber verbunden, findet sich nicht gar so selten bei Syphilitischen. Es ist nicht unmöglich, dass hier wenigstens in einer Anzahl von Fällen eine syphilitische Erkrankung der Leber vorliegt. Die Affection wird aber nicht diagnosticirt. Man nimmt vielmehr lieber den häufigeren und bekannteren Icterus catarrhalis an. Und wie auch die Symptome richtig deuten? Syphilitische sind besonders während der Lokalisationen des Processes nicht sehr resistent gegen schädliche Einflüsse. Ein Catarrh der Verdauungswege, der sich auf den ductus choledochus fortpflanzen kann, wird schon deshalb, abgesehen von syphilitischen Ablagerungen im Magen und Darm, relativ häufig sein (Kahl). Auch Biermer, Gubler, Leudet sprechen von einem, schon in einer früheren Zeit der secundären Periode der Syphilis auftretenden, Icterus, der gewöhnlich nicht lange dauere und wenig intensiv sei. Gubler fasst ihn als durch fluxionäre Leberhyperämie entstanden auf; nach Lancereaux könnte er durch Lymphdrüsenschwellung an der Leberpforte bedingt sein. Aehnlich wie die oben genannten Autoren spricht sich Moulard[1]) aus. Er kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Es giebt eine besondere Varietät des Icterus, welchen die secundären Erscheinungen der Syphilis begleiten. 2. Dieser Icterus tritt gemeiniglich innerhalb der ersten 4 Monate der syphilitischen Infection auf und zwar zu gleicher Zeit mit dem Ausbruch der syphilitischen Exantheme. 3. In einer gewissen Anzahl von Fällen konnte keine jener Ursachen, denen man gewöhnlich das Entstehen der Gelbsucht zuschreibt, nachgewiesen werden. 4. Die specifische Behandlung beseitigt diesen Icterus in kurzer Zeit. 5. Es scheint gerechtfertigt, diesen Icterus mit der Syphilis in einen direkten Zusammenhang zu bringen. 6. Seine Prognose ist eine günstige.

1) Moulard, Contribution à l'étude de l'ictère dans les phénomènes secondaires de la Syphilis. Thèse Paris 1879.

Dass jedoch nicht immer der Icterus in dieser Krankheitsperiode ein so leichter ist, wie Moulard ihn schildert, sondern auch seine sehr ernste Bedeutung haben kann, lehrt uns ein Blick auf die unter No. 6 beschriebene Krankheitsgeschichte. Goodbridge hat bei einem 20jährigen Manne im 2. Monate nach der Infektion während des Bestehens von Roseola und Halsaffektion eine akute gelbe Leberatrophie beobachtet, die schnell tödtlich verlief. Einen ähnlichen Fall beschreibt Laporte [1]) und zieht aus ihm den Schluss, dass die Syphilis bei der Entstehung des Icterus wahrscheinlich nur insofern eine Rolle spiele, als sie durch Schwächung des Organismus denselben empfänglicher für diese Krankheit mache. Auf den Verlauf scheine die Syphilis keinen Einfluss zu üben; er sei derselbe, wie in den nicht mit Syphilis combinirten Fällen. Das Quecksilber scheine ohnmächtig gegen die Entwickelung des schweren Leidens.

Was die Hautfarbe bei der Lebersyphilis betrifft, so zeigte die Haut der meisten unserer Kranken ein schmutzig blasses, erdfahles Colorit. Lancereaux fand häufig Broncefärbung; andere sahen die Haut oft blassbraun gefärbt.

Die Erscheinungen einer mehr oder minder weit vorgeschrittenen Cachexie beobachteten wir in einer grösseren Anzahl von Fällen. Fast eben so oft fanden wir Albuminurie und Ausscheidung von Harncylindern und Epithelien der Harnkanälchen als Symptome parenchymatöser und amyloider Entartung der Nieren.

Nach Besprechung der einzelnen Symptome der Lebersyphilis wird es uns klar geworden sein, das auf sie allein die **Diagnose** der Hepatitis syphilitica sich nicht stützen kann. Die Diagnose wird nur dann gerechtfertigt sein, wenn das Individuum, bei dem sich die besprochenen Symptome vorfinden, noch andere unzweideutige Zeichen constitutioneller Syphilis darbietet. Denn „das Gefühl der Schwere,

1) Laporte, Symptômes d'ictère grave observés dans le cours d'une syphilis. Paris. 1879.

der Druck, der Schmerz in der Lebergegend, der Icterus" können bei anderen Leberaffectionen ja auch vorkommen. Einen noch geringeren diagnostischen Werth haben Ascites und die Milzschwellung; denn diese Symptome sind die nahezu constanten Begleiter der granulirten Leber. Die Vergrösserung und Verkleinerung der Leber finden wir ebenfalls bei nicht syphilitischen Leberaffectionen. Nur das Bestehen von syphilitischen Narben oder Knoten in der Leber bietet, wenn dieselben, — was oft sehr schwierig — wahrgenommen werden können, einen wirklich werthvollen Anhaltspunkt für die Diagnose. Die Krankheiten, die am häufigsten zu Verwechselungen Anlass geben, sind Leberkrebs und Lebercirrhose. Die differentielle Diagnose zwischen Leberkrebs und gelappter syphilitischer Leber kann bei älteren Personen und, da bei beiden oft Marasmus vorkommt, leicht Schwierigkeiten bieten. Aber Albuminurie und Milzschwellung sind bei der Lebersyphilis häufig, bei Carcinoma nie vorhanden. Oft wird das Alter, oft die Dauer der Krankheit zur Unterscheidung dienen. Wie wir sahen, war weit über die Hälfte der an Lebersyphilis Erkrankten unter dem 40. Lebensjahre, während Lebercarcinom vor dem 40. Jahre eine grosse Seltenheit ist. Die Dauer der Erkrankung ist bei syphilitischer Leberaffection eine relativ lange. Aber mitunter kann auch das Verhalten der Knollen zur Unterscheidung der beiden Processe dienen. Nach Bamberger spricht für Lebersyphilis das lange Stationärbleiben der Knollen und ihre Configuration, die nicht so regelmässig rund ist, wie beim Medullarkrebs der Leber. Nach Lancereaux sind die knolligen Erhebungen an der Oberfläche der syphilitischen Leber deutlicher umschrieben, als diejenigen beim Leberkrebs. Oft ist auch die Abschnürung einzelner Knollen (Chvostek) bei der Lebersyphilis eine so bedeutende, dass hier ein Carcinom gar nicht in Betracht kommen kann. Einen Fingerzeig wird auch öfters die Grösse der Leber bieten. Die krebsige Leber vergrössert sich und wächst unter der Beobachtung, die syph. gelappte Leber ist

in manchen Fällen, wie wir bemerkt haben, kleiner als normal.

Nochschwieriger ist die Lebersyphilis zu diagnosticiren, wenn sie unter dem Bilde der Lebercirrhose verläuft. Die Diagnose auf Lebersyphilis werden wir dann stellen können, wenn sich der Missbrauch alkoholischer Getränke ausschliessen lässt; wenn sich an der Oberfläche der Leber grössere Höcker nachweisen lassen; wenn die Gestalt der Leber abweicht von derjenigen, wie wir sie bei der Lebercirrhose finden (wenn z. B. der linke Leberlappen weniger verkleinert ist, als der rechte), und, — wenn Syphilis vor längerer Zeit vorhergegangen oder gar noch in andern Organen nachweisbar ist.

Zur Sicherung der Diagnose ist eine genaue Anamnese, verbunden mit der gründlichsten Untersuchung unumgänglich nothwendig. Bei dem geringsten Verdacht auf Syphilis, muss man die Organe, wo sich die Lues gern lokalisirt, einer genauen Prüfung unterziehen und auf Narben an den Genitalien u. s. w. achten.

Wir fanden bei fast allen 34 Beobachtungen noch sonstige Symptome syphilitischer Erkrankungen, welche die Diagnose während des Lebens unterstützen konnten. (Narben an den Genitalien, Narben in der Inguinalgegend, Geschwüre an der Wangenschleimhaut und der Zunge; Geschwüre und Narben im Pharynx und Kehlkopfe; Knochengeschwüre oder Knochennarben; Geschwüre oder Narben an der Haut).

**Verlauf, Dauer und Ausgang.** Der Verlauf der Lebersyphilis ist meist schleichend. In unsern Fällen war die Dauer unbekannt 5mal; sonst betrug sie

1mal : 24 Std. (Fall 17)
2 „ : 6 Wochen (6 und 16)
3 „ : 3—4 Monate
9 „ : 6—8 „
2 „ : 10 „
6 „ : 1 Jahr

| | | |
|---|---|---|
| 2mal | : | $1\frac{1}{2}$ Jahr |
| 2 „ | : | 2 „ |
| 1 „ | : | 3 „ |
| 1 „ | : | 4 „ |

Was den Ausgang der Erkrankungen betrifft, so kam es in den angeführten Fällen 2mal zur Genesung (31. 32), dreimal zur Besserung (2. 10. 18), und 29mal zum Tode. Der Tod war bedingt durch Pneumonie in den Fällen 3. 27. 30; dureh Pneumonie und Lungentuberkulose in 5 und 31; durch Lungenödem in 11; durch Trachealstenose und Retropharyngealabscess in 24; durch Morb. Brightii in den Fällen 14. 15. 23. (Erysipel und beiderseitige Pleuritis) und 33; durch Peritonitis in den Fällen 17. 22. 29; durch Hirnanämie in 25; durch Diphtheritis des Rachens in 26; durch Erschöpfung in 1. 6. 7. 12. 19. 20. 34.

Die **Prognose** ist nicht so absolut ungünstig, wie sie von manchen Autoren hingestellt wird. Denn, sagt Thierfelder, die Möglichkeit einer Heilung, soweit diese durch Stillstand der Wucherung und durch Zerfall und Resorption der Producte derselben herbeigeführt werden kann, muss im Hinblick auf die Erfahrungen bei analogen Veränderungen anderer Organe a priori zugegeben werden.

Nicht selten tritt spontane Heilung ein. Man findet bisweilen Lebersyphilis in Leichen, die an anderen Krankheiten zu Grunde gegangen sind, wo sich die Erkrankung der Leber durch kein schweres Symptom verrieth. Aber auch in Fällen, wo sie sich im Leben durch unzweideutige Symptome zu erkennen gab, wie in den Beobachtungen 2. 10. 18. 31. 32 und sogar in solchen, wo sie bereits zu hochgradigen Störungen geführt hatte (32), zeigte sie sich noch heilbar oder doch wenigstens einer erheblichen Besserung fähig.

Im Allgemeinen ist die Prognose günstiger, solange die Leber sich noch im Stadium der Hypertrophie, als wenn sie sich schon im Stadium der Atrophie befindet. Schlimme Bedeutung haben die Zufälle der Cachexie, des Hydrops,

protrahirte Diarrhöen und Nierenveränderungen (amyloide Entartung).

Was die Behandlung der syphilitischen Lebererkrankung betrifft, so können wir nicht den Autoren (Niemeyer) beistimmen, welche die **Therapie** gegen dieses Leiden als völlig ohnmächtig schildern.

Wenn es auch wahr ist, dass die narbigen Einziehungen — die allerdings vorzugsweise die klinischen Symptome verursachen — unheilbar sind, so ist es doch ebenso wahr, dass eine Therapie bei Fällen von syphilitischer Entzündung im Stadium der Gummabildung noch günstige Resultate erwarten lässt. Also soll bei sicherer Diagnose oder bei blossem Verdachte der Versuch einer spezifischen Behandlung gemacht werden: mag diese nun in der Anwendung von Jodpräparaten oder im Gebrauch von Quecksilber bestehen. Die günstigsten Resultate hat Oppolzer bisher durch Jodkalium erzielt, eine Beobachtung, die von Andern (Frerichs, Biermer, Käsbacher, Chvostek) bestätigt wird. Leudet und Duchek rühmen die graue Quecksilbersalbe.

Mit dieser spezifischen Behandlungsweise wird natürlich eine symptomatische Hand in Hand gehen müssen. Man wird bei hypertrophischer Form leichtere salinische Abführmittel, Trink- und Badekuren — Karlsbad (Oppolzer), Aachen (Frerichs) — anwenden, bei atrophischer Form, die meist mit grösserer Kachexie, Ascites u. s. w. einhergeht, ist eine roborirende Kur angezeigt. Eisen, insbesondere Jodeisen, gute Nahrung u. s. w. werden das Leben oft längere Zeit zu erhalten im Stande sein.

---

Druck von August Pries in Leipzig.